

ANNEE 1963

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Hyacinthe BASTARAUD

Né le 11 Septembre 1930

à Capesterre Marie Galante (Guadeloupe)

Ancien Interne des Hôpitaux de Tours

Moniteur d'Anatomie à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Tours

n°
446

Présentée et soutenue publiquement le :

50 CAS D'AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE

A DEUX EQUIPES POUR CANCER DU RECTUM

Techniques et Résultats Immédiats

Président : Mr. J. L. LORTAT-JACOB, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

ANNEE 1963

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Hyacinthe BASTARAUD

Né le 11 Septembre 1930

à Capesterre Marie Galante (Guadeloupe)

Ancien Interne des Hôpitaux de Tours

Moniteur d'Anatomie à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Tours

Présentée et soutenue publiquement le :

50 CAS D'AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE

A DEUX EQUIPES POUR CANCER DU RECTUM

Techniques et Résultats Immédiats

Président : Mr. J.L. LORTAT-JACOB, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153510_0027

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE T., AUBIN A., BENARD H., BULLIARD H., CADENAT F.,
CHABROL E., DEBRE R., FEY B., GALLIARD H., GASTINEL P., HALPHEN E.,
HAZARD R., HEUYER G., LANTUEJOUL P., LAROCHE G., LAVIER G., LEVY-SOLAL E.,
LIAN C., MATHIEU P., MOCQUOT P., MONOD R., MOUQUIN M., MOREAU R.,
MOULONGUET P., OLIVIER E., PASTEUR-VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS D.,
PIEDELIEVRE R., QUENU J., RICHEL C., SENEQUE J., STROHL A., TANON L.,
VERNE J. .

Doyen Léon BINET
Membre de l'Institut
1er Assesseur CORDIER G.
2e Assesseur CASTAIGNE

I - PROFESSEURS

1°) CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	MM. DELMAS A.
Anatomie pathologique	DELARUE J.
Anesthésiologie	BAUMANN J.
Biochimie médicale	) JAYLE M.F.
	(SCHAPIRA G.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale	FAUVERT R.
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD J.
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie (Lariboisière)	JOANNON P.
Histologie	GROUD A.
Hygiène et médecine préventive	N.....
Médecine du Travail	DESOILLE H.
Médecine légale	DEROBERT L.
Microbiologie (Bact. et vir.)	FASQUELLE R.
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER J.
Pathologie exotique	N.....
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN F.P.
Pathologie médicale	MILLIEZ P.
Pathologie respiratoire	TURIAF J.
Pathologie et Thérapeutique générale	BOUDIN G.
Pharmacologie	CHEYMOL J.
Physiologie	) BINET L.
	(BARGETON D.
Physiologie et Pathologie obstétricale	LEPAGE F.
Physique Médicale	) DOGNON A.
	(DJOURNO A.
Radiologie médicale	DESGREZ H.
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale . . .	N.....
Thérapeutique	CONTE M.

b) Professeurs à titre personnel :

MM.

biochimie médicale	) DESGREZ P.
biologie médicale	(POLONOVSKI J.
hygiène et Médecine préventive	BOURLIERE F.
pathologie chirurgicale	DEPARIS M.
pharmacologie	LAURENCE G.
physiologie	LEVY (Melle J.)
physique médicale	PARROT J.
	KELLERSHOHN L.

2°) CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUESa) Professeurs titulaires :

Clinique Carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON H.	
Clinique Cardiologique (Broussais)	N.....	
Cliniques Chirurgicales (Beaujon)	LORTAT-JACOB J.L.	
	(Cochin)	LEGER L.
	(Hôtel-Dieu)	PATEL J.
	(Pitié)	CORDIER C.
	(Saint-Antoine)	GOSSET C.
	(Salpêtrière)	SICARD A.
	(Tenon)	OLIVIER Cl.
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE M.	
(Enfants-Malades)		
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE R.	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	de GAUDART	
	d'ALLAINES .	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Alenec)	MATHEY J.	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT J.	
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY M.	
Clinique gynécologique (Broca)	FUNK-BRENTANO P.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS R.	
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA J.	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET P.	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY J.	
(Sainte-Anne)		
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER J.	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL G.	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE P.	
Cliniques médicales (Boucicaut)	LENEGRE J.	
	(Broussais)	SOULIE P.
	(Cochin)	JUSTIN-BESANCON L.
	(Cochin)	BROUET G.
	(Hôtel-Dieu)	BARIETY M.
	(Lariboisière)	SEZE S. de
	(Pitié)	DREYFUS G.
	(Saint-Antoine)	KOURILSKY R.
Clinique médicale d'Hydrologie thérapeutique et		
climatologie (Bichat)	DEBRAY C.	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES L. de	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies		
de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT M.	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID M.	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN R.	

Cliniques obstétricales	(Baudelocque)	LACOMME M.
	(Foch-Suresnes)	MERGER R.
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . .		VARANGOT J.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD G.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . .		AUBRY M.
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul) . .		LELONG M.
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE J.
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD E.
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .		MICHAUX L.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .		COSTE F.
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX M.
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE A.
Clinique toxicologique		GAULTIER M.
Clinique traumatologique		PADOVANI P.
Éméliologie médicale		DOMART A.
Éméliologie et clinique chirurgicale		POILLEUX F.
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE R.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) .		TURPIN R.

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(	BOUR H.
	)	LHERMITTE F.
	(	PEQUIGNOT H.

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES .

Anatomie	(	CABROL C.
	)	COUINAUD C.
	(	GILLOT C.
	)	OLIVIER G.
Anatomie pathologique	)	GAUTHIER-VILLARS
	(	pr. s. ch.
	)	ABELANET R.
	(	BUSSER F.
Anatomie pathologique	)	CHOMETTE G.
	(	GOUYGOU Ch. m. conf
	)	NEZELOF Ch.
	(	ORCEL L.
	)	PAILLAS J.
Anesthésiologie	(	KERN E.
	)	VOURCH G.
Bactériologie	(	BARBIER P.
	)	CHRISTOL D.
	(	LE MINOR L.
	)	TOURNIER P.
Biochimie médicale	)	BAULIEU Et. m. conf
	(	BOURILLON R.
	)	CARTIER P.
	(	DREYFUS J. el.
	)	GONNARD P.

biochimie médicale	)	KRUH J.
	(	JEROME H.
biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports		PLAS F.
carcinologie	(	BOIRON M.
	)	DENOIX P.
	(	MATHE G.
	)	SELIGMANN M.
dermato-syphiligraphie	)	CIVATTE J.
	(	DUPERRAT B.
electro-radiologie		LEDOUX-LEBARD G.
ématologie	(	BESSIS M.
	)	BILSKI-PASQUIER G.
	(	DAUSSET J.
	)	DUHAMEL G.
histologie	)	COUJARD R. pr. s. ch.
	(	MAROIS M.
	)	RACADOT J.
hydrologie	(	BESANCON F.
	)	CORNET A.
hygiène	(	BOYER J. pr. s. ch.
	)	BLANCHER G.
	(	CORRE-HURST Mme L.
	)	SAPIN-JALOUSTRE H.
maladies infectieuses	(	BASTIN R.
	)	DUPONT V.
médecine légale	(	FOURNIER E.
	)	GUENIOT M.
	(	HADENGUE A.
médecine du travail		ALBAHARY C.
opuro-Chirurgie		PERTUISET B.
obstétrique	(	GRANJON A.
	)	HERVET E.
	(	LE LORIER G.
	)	LIVY J.
	(	MORIN P.
	)	MUSSET R.
	(	ROBEY M.
	)	SENEZE J.
	(	SUREAU C.
	)	THOYER-ROZAT J.
ophthalmologie	(	BREGEAT P.
	)	DUBOIS A.
	(	SARAUX H.
orthopédie	(	JUDET R.
	)	MEARY R.
	(	POSTEL M.
	)	RAMADIER J.
oto-Rhino-Laryngologie	(	DEBAIN J.
	)	PIALOUX P.

Parasitologie	(GOLVAN Y.
	)LAPIERRE J.
Pathologie chirurgicale	(BARCAT J.
	)BINET J.P.
	(CAUCHOIX J.
	)CERBONNET G.
	(CHATELIN C.L.
	)DUBOST Ch.
	(DUBOST Cl.
	)FAUREL J.
	(FLABEAU F.
	)GARBAY M.
	(GARNIER H.
	)de GAUDART-D'ALLAINES
	(GERMAIN A.
	)LATASTE J.
	(LEVEQUE B.
	)LOYGUE J.
	(MERCADIER M.
	)NATALI J.
	(PELLERIN D.
	)PERROTIN J.
	(ROBERT H.
	)THOMERET G.
Pathologie exotique	SCHNEIDER J.
Pathologie expérimentale	(BENHAMOU J/P.
	)BERTHAUX P.
	(BOIVIN P.
	)CROSNIER J.
	(HARTMANN L.
	)LOEPER J.
	(MAURICE J.
	)MIKOL Cl.
	(RICHEL G.
Pathologie médicale	)AUSSANNAIRE M.
	(BOUVIER J.
	(BOUVRAIN Y.
	(BRICAIRE H.
	)BRISSAUD H.
	(BROCARD H.
	)BUGE A.
	(CATINAT J.
	)CHRETIEN J.
	(COBLENTZ B.
	)CONTAMIN F.
	(COURY C.
	)ETIENNE J.P.
	(FREZAL J.
	)FRITEL D.
	(HENNEQUET A.
	)HIMBERT J.
	(HOUSSET E.
	)LAROCHÉ Cl.
	(LESOBRE R.
	)MACREZ C.
	(MOREAU L.

mm.

Pathologie médicale	(NICK J.) ROYER P. (TOURNEUR R.) WOLFROM. R.
Pédiatrie-Puériculture	(LAFOURCADE J.) LEPERCQ G. (MANDE R.) MOZZICONACCI P. (POLONOVSKI C.) ROSSIER A. (VIALATTE J.
Pharmacologie	(BOISSIER J.) LECHAT P.
Physiologie	(DURAND J. (BARRES G.) DEJOURS P. (GIRARD m. conf.) HUGELIN A. (SCHERRER J.) CHANTEUR J. (GOUGEROT L. m. conf.) p. s. ch. (GREMY F. (m. conf.) MILHAUD G. (PELLERIN P.) ROUCAYROL J.Cl. (TUBIANA M. m. conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS B.) MEYER A. (RENAULT P.
Psychiatrie	PICHOT P.
Psychiatrie infantile	(DENIKER P.) DUCHE D. (FLAVIGNY H.) LAPRESLE J.
Rhumatologie	DELBARRE F.
Stomatologie	(CERNEA P.) CHAPUT Mme A. m. c. a (GRELLET M.
Thérapeutique	(CHASSAGNE P.) LAMOTTE M. (MARCHE J.
Urologie	(AUVERT J.) MOULONGUET A. (QUENU L.

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent .

Anatomie	DEBEYRE J.
--------------------	------------

	MM.
Clinique chirurgicale	(ABOULKER P.)AMELINE A. pr. s. ch (VERNE J.M.
Clinique médicale	(PERRAULT M.)RAMBERT P. (THIEFFRY S.
Clinique obstetricale	(GRASSET J.)MAYER M.
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES P.)OFFRET G.
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO R.
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE R.
Clinique psychiatrique	BARUK H.
Clinique urologique	KUSS R.

IV- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES .

Bactériologie	HAUDUROP P. pr. s. c
Pathologie chirurgicale	RUDLER J. pr. s. ch

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE et UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI E. et
LAUNAY C.

Secrétaire général de la Faculté	LENA J.
Secrétaire principal	Mle CHAINTREUIL G.
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	) M. le Docteur HAHN A
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mle DUMAITRE P.
Bibliothécaires	(Mmes CONTET J.
	) FORGET F.
	(Mles LAURENT H.
	) LE NOIR G.
	(QUIEVREUX E.

Par délibération en date du 9 Decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être **considérées** comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation .

A MES PARENTS,

A qui je dois tout,

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance .

A MA FEMME,

A MES FRERES ET SOEUR,

A MES BEAUX-PARENTS,

A TOUTE MA FAMILLE .

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Louis LORTAT-JACOB,

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Qui m'a fait le très grand honneur de
présider cette Thèse,

Hommage respectueux et profonde
gratitude .

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur Pierre VIALLE,

Professeur de Clinique Chirurgicale à la
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tours,
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau de Tours,

Qui m'a inspiré cette Thèse et m'a guidé dans
ce travail .

En hommage respectueux et reconnaissant pour son
enseignement et sa générosité à mon égard .

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur Jean-Jacques LIEFFRING,

Professeur de Technique Opératoire à la
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tours,
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau de Tours,

Hommage de ma profonde gratitude pour son
enseignement et la bonté qu'il m'a toujours
témoignée .

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur Jean HUSSENSTEIN,

Professeur de Clinique Chirurgicale Orthopédique à la
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tours,

Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau de Tours,

En témoignage de mon respectueux et profond
attachement .

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur DENOYELLE,

Professeur honoraire de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tours,

Médecin Honoraire de l'Hôpital Bretonneau de Tours,

En témoignage de ma reconnaissance et de ma
profonde affection .

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Emile ARON,

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Tours,

En hommage de ma respectueuse admiration .

A MONSIEUR LE DOCTEUR Henri CORBINEAU,

Chirurgien-Assistant des Hôpitaux de Tours,

En témoignage de remerciement pour son
enseignement et toute la confiance qu'il
m'a toujours témoignée .

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOURS :

Externat :

Monsieur le Professeur DENOYELLE,
Monsieur le Professeur MERCIER ,
Monsieur le Professeur HUSSENSTEIN .

Internat :

Monsieur le Professeur HUSSENSTEIN
Monsieur le Professeur LIEFFRING
Monsieur le Professeur P. VIALLE .

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOURS :

Monsieur le Professeur ROUZAUD

Monsieur le Professeur agrégé BERTRAND
Monsieur le Professeur agrégé BRIZON
Monsieur le Professeur agrégé CASTAING

Messieurs les Docteurs BILLARD, CORBINEAU et LEBOURG .

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE et des HOPITAUX de
TOULOUSE .

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE et des HOPITAUX de
PARIS ,

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de
TOURS .

A MONSIEUR LE DOCTEUR BILLARD,
Qui m'a permis d'utiliser ses observations ,
Avec ma plus respectueuse reconnaissance .

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARNET,
A MADAME LE DOCTEUR GEORGET,
Dont les conseils m'ont été précieux .
En témoignage de ma profonde gratitude .

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUAZE et ses collaborateurs, de
la chaire d'Anatomie, de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Tours,

En témoignage de mon respectueux attachement .

A MON CONFERENCIER D'INTERNAT,
Monsieur le Docteur LAMBUSIER .

A MES CAMARADES D'INTERNAT .

A MES AMIS .

50 CAS D'AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE A DEUX
EQUIPES POUR CANCER DU RECTUM .

TECHNIQUE ET RESULTATS IMMEDIATS

INTRODUCTION

HISTORIQUE et GENERALITES

L'intervention à deux équipes constitue un véritable progrès dans la chirurgie des Cancers du Rectum . Cette méthode s'est progressivement imposée, tant par sa commodité, que ~~par~~ les facilités qu'elle présente, permettant ainsi de résoudre la plupart des difficultés que rencontre l'opérateur dans l'amputation du rectum .

Le procédé ne date pas d'aujourd'hui . L'idée semble-t-il vient d'Extrême-Orient . C'est au Japonais, TORIKATA que reviendrait le mérite de l'avoir réalisé pour la première fois en 1923 . Depuis cette date, TORIKATA d'abord, puis FUJINAMI, ensuite se sont faits les défenseurs de cette méthode .

En Avril 1934, au Congrès Allemand de Chirurgie, KIRCHNER expose le procédé et quelques mois plus tard dans un article, il insiste sur son application, ses indications et les résultats qu'il a pu obtenir .

C'est à peu près vers la même époque, en 1936, que fut réalisée pour la première fois en France, à Bordeaux, l'amputation à deux équipes, par le Professeur VILAR et ses collaborateurs . Dans un article du "Bordeaux Chirurgical" de Janvier 1938, VILAR faisait état des deux premières observations françaises . Il soulignait les avantages du procédé et incitait les chirurgiens à l'employer .

Ceux-ci furent de plus en plus nombreux à le préconiser, tant en France (AMELINE, HUGUIER et collaborateurs) qu'à l'étranger .

De plus, l'emploi de l'intervention à deux équipes, s'est

considérablement élargi . Elle est utilisée non seulement dans la chirurgie rectale, mais elle s'est étendue à la chirurgie des cancers pelviens et de certaines affections du petit bassin et des confins pelvi-péritonéaux .

A. AMELINE, J. HUGUIER, P. MOYSE et Y. CHATAIN dans un livre publié en 1950, nous apportent leur expérience de la chirurgie pelvienne à deux équipes, et une technique parfaitement réglée .

Depuis, les améliorations constantes apportées par l'anesthésie et la réanimation ont permis à la chirurgie à deux équipes de prendre un essor de plus en plus grand .

L'amputation abdomino-périnéale du rectum à deux équipes, est une chirurgie qui nécessite des conditions particulières à sa réalisation . Elles lui sont propres, tant du point de vue de l'anesthésie, de l'installation du malade en bonne position (l'intervention portant simultanément sur deux champs opératoires) que de la constitution des équipes chirurgicales .

Par ailleurs, le malade doit subir une préparation minutieuse : locale, intestinale ; générale par l'exploration et l'appréciation rigoureuse de ses fonctions vitales : coeur et poumons surtout .

Dans cette étude, nous envisagerons successivement :

- la préparation,
- les problèmes posés par l'anesthésie,
- l'installation du malade,
- la technique et l'articulation des temps opératoires ,

- les soins post-opératoires .

- Enfin, nous présenterons quelques commentaires, à propos de notre statistique homogène de 50 cas d'amputation du rectum à deux équipes .

- SOINS PRE-OPERATOIRES -

La préparation du malade commence huit à dix jours avant l'intervention . Elle doit tenir compte de l'état général et de l'importance locale des lésions .

I - EXAMEN DE L'ETAT GENERAL .-

Comme pour toute intervention chirurgicale importante, certains examens doivent être systématiquement pratiqués .

A - Un examen cardiovasculaire avec :

- prise du pouls et de la tension artérielle,
- un examen radioscopique du coeur,
- un électro-cardiogramme .

Précisons à ce sujet que des altérations, même importantes de l'E.C.G. ne constituent pas toujours une contre-indication opératoire . Nous avons opéré avec succès des malades porteurs d'une double cardiopathie chronique, association de lésions de coronarite et d'hypertrophie ventriculaire gauche , (Observations n° 36 et 46) ou d'un bloc de branche droit (Observation n° 41) .

Les malades sont soumis en pré-opératoire, à un traitement tonicardiaque approprié qui sera poursuivi pendant l'intervention éventuellement et en post-opératoire, si leur état le nécessite .

Cependant, si après un traitement pré-opératoire bien conduit, l'E.C.G. reste fortement perturbé chez un malade âgé, ayant une sclérose pulmonaire, cet élément peut constituer une contre-indication opératoire formelle .

B - L'appareil respiratoire sera jugé surtout au point de vue de la valeur fonctionnelle des poumons . On fera :

- une spirométrie,
- une radios copie qui renseigne en outre sur la cinétique costale et diaphragmatique,
- une radiographie pulmonaire enfin qui peut objectiver des lésions parenchymateuses mais aussi une métastase .

Cette exploration vise à dépister :

- soit une insuffisance du soufflet, (**insuffisance** d'entraînement des muscles de la cage thoracique) qui sera traitée préalablement par la kinésithérapie,

- soit une insuffisance parenchymateuse, une sclérose pulmonaire qui nécessite certaines précautions, en particulier l'utilisation d'un appareil d'anesthésie à respiration assistée .

Nous avons d'ailleurs l'impression que, classiquement, les chirurgiens s'inquiétaient beaucoup de l'état du coeur et ne donnaient pas toujours à l'appareil respiratoire toute l'importance qu'elle mérite .

Aujourd'hui, nous pensons que la ventilation pulmonaire joue un rôle capital dans les suites opératoires . Toute intervention diminue sensiblement la capacité pulmonaire vitale chez un malade ayant des poumons normaux . Si l'opéré est porteur d'une insuffisance pulmonaire, on comprend l'importance et le danger des troubles ventilatoires qui pourraient en résulter .

Le début des troubles se fait à bas bruit et les incidents apparaissent rarement dans les tous premiers jours .

Ils se révèlent plus tard, parfois brutalement et à ce stade, les lésions sont souvent irréversibles .

En pratique, on peut affirmer que les poumons sont aussi importants à surveiller, sinon plus, que le coeur dont les lésions sont généralement suivies .

C - Cet examen général doit comporter l'appréciation :

- de l'état des reins et des voies urinaires,
- de la résistance générale des futurs opérés .

D - On pratique systématiquement des Examens de Laboratoire dont les données permettent de guider la réanimation :

- Numération, Formule, Groupe sanguin ,
- Urée sanguine,
- Protides,
- et un Ionogramme, qui

objectiveront parfois une anémie, une déshydratation avec troubles hydro-électrolytiques, une hypoprotéïnémie qui seront corrigées par des moyens appropriés .

La dénutrition dont on connaît l'importance dans les cancers digestifs, sera combattue par une augmentation de la ration calorique et des perfusions d'acides aminés .

E - Enfin, on fera une exploration de la coagulation, recherchant. :

- soit une hypocoagulabilité qui pourrait entraîner des hémorragies difficilement contrôlables au cours de l'intervention,
- soit une tendance à l'hypercoagulabilité avec ses risques de thromboses et d'embolies post-opératoires, nécessitant des mesures préventives rigoureuses .

II - PREPARATION INTESTINALE .-

Cette préparation est spéciale . Il est capital d'intervenir sur un intestin vide, non dilaté, débarrassé au mieux de

son contenu et désinfecté de façon satisfaisante .

La préparation locale vise donc à assurer :

- 1°) la vacuité intestinale par des lavements, des purgatifs tout en assurant une ration calorique suffisante par l'apport d'aliments sans résidu .
- 2°) la stérilisation du contenu intestinal par les sulfamides à action intestinale ou mieux des antibiotiques spécifiques .

D'où la nécessité de donner au malade :

- a) un régime sans résidu pendant les huit jours qui précèdent l'intervention .
- b) le meilleur purgatif est l'huile de Castor . Devant les difficultés que l'on éprouve pour s'en procurer, nous utilisons l'huile de ricin tous les deux jours, alternée avec des lavements évacuateurs .
- c) pour la désinfection intestinale, nous utilisons de plus en plus la néomycine . A la dose de 3 à 4 grammes par jour, ce produit assure une stérilisation intestinale satisfaisante .

Malgré toutes ces précautions, il arrive que l'intestin ne soit pas bien préparé . On comprend la difficulté, en cas de poche sus-stricturale par sténose néoplasique, d'assurer l'évacuation et la stérilisation de l'intestin sus-jacent .

- L'ANESTHESIE -

(Docteur MARNET)

(~~Mme~~ le Docteur GEBGET)

Dans l'amputation abdomino-périnéale du rectum à deux équipes, l'anesthésie est un problème majeur auquel les chirurgiens ne peuvent se désintéresser .

L'anesthésie doit répondre à un **certain** nombre de conditions :

- Elle doit être sans danger, aussi peu toxique que possible tout en étant de longue durée .
 - Elle doit donner une révolution musculaire parfaite avec un silence abdominal absolu et un effacement des anses intestinales .
-

LA PREMEDICATION .

a) La veille au soir un sédatif est administré pour faciliter le sommeil et calmer l'énervement constaté chez certains malades, on leur donne un comprimé de Binôctal .

b) Trois quarts d'heure avant l'intervention, les malades reçoivent une injection intra-musculaire de : Dolosal, Phéngegan, Atropine (une ampoule de chaque) .

L'ANESTHESIE .

Tous nos malades ont été opérés sous anesthésie générale avec intubation sous Nesdonal et Curare .

L'anesthésiste met en place une perfusion intraveineuse à l'avant-bras qui est replié sur la poitrine, plus rarement à la jugulaire .

Il est souvent utile d'installer dès le départ deux perfusions permettant de pallier des incidents imprévus ou d'accélérer le rythme de la perfusion .

L'entretien de l'anesthésie se fait au Nesdonal et au Curare, par dose fractionnée que l'on injecte dans les tuyaux de perfusion .

La quantité de Curare utilisée varie suivant les malades, de 30 à 60 mg pour toute la durée de l'intervention . Pour le Nesdonal, la dose de 1,50 g n'a jamais été dépassée .

- L'INSTALLATION DU MALADE -

Cette installation est capitale . Elle doit permettre d'effectuer l'intervention sans changer la position du malade . Elle doit être telle que chaque opérateur puisse travailler, suivant les circonstances, séparément ou en collaboration, avec le maximum d'aisance et de sécurité .

L'importance de l'installation est telle qu'il est recommandé aux deux chirurgiens d'y assister et de la diriger .

Le malade est endormi et intubé sur la table en décubitus dorsal, puis définitivement installé après anesthésie complète et relachement musculaire . Il est placé en position gynécologique . Le sacrum soulevé par un coussin, débordé de moitié environ le bord de la table pour bien exposer la région périnéale .

Les membres inférieurs sont placés en abduction maximum et en flexion :

- flexion légère de 10 degrés environ de la cuisse sur le bassin .
- flexion de la jambe à 90 degrés sur les cuisses .

Cette fixation se fait à l'aide de supports spéciaux bien matelassés dont la double angulation permet d'obtenir l'abduction et la flexion désirée . Ces supports se fixent aisément à la table d'opération habituelle par des articulations à rotule permettant de modifier leur position .

Les champs opératoires sont commodément accessibles . On obtient ainsi un bon dégagement périnéal et une exposition abdominale

satisfaisante . Les cuisses, en particulier, la cuisse gauche, ne gênent que très peu les opérateurs .

Des épaulières bien rembourrées, annexées à la table, permettent de basculer le malade et d'obtenir un Trendelenbourg de 45 degrés environ .

Le brassard du tensiomètre et les perfusions sont placés au niveau des membres supérieurs .

On met en place une sonde uréthrale bouchée qui est fixée avec la verge le long de la cuisse droite .

Le scrotum est maintenu par quelques agraffes ou un leucoplast le long de la cuisse gauche, ce qui permet de libérer le périnée sans empiéter sur la région pelvienne .

LES EQUIPES CHIRURGICALES et l'INSTRUMENTATION .

Chaque équipe est composée d'un chirurgien et de ses aides .

L'opérateur abdominal se place généralement à gauche du malade, ses aides sont en face de lui .

L'opérateur périnéal se met dans l'écartement des cuisses, son aide à sa gauche en dehors du membre inférieur droit pour ne pas encombrer la région périnéale .

Chaque équipe doit disposer, indépendamment, de toute l'instrumentation nécessaire, ce qui exige une mise en double de nombreux éléments :

- instruments, bistouri électrique,
- source de lumière (éclairage) .

L'équipe abdominale utilise le scialytique de la salle . L'opérateur périnéal est éclairé avec un scialytique portatif . Il peut utiliser avantageusement une lampe frontale stérilisable qui facilite

dans bien des cas certaines dissections . Toutes ces conditions sont facilement réunies et ne posent aucun problème aujourd'hui dans un Centre chirurgical bien équipé .

Chaque opérateur prépare son champ opératoire . Les champs abdominaux et périnéaux sont placés comme à l'habitude . Au niveau du pubis on se contente d'un petit champ transversal qui sépare les deux équipes .

Rappelons que si les deux équipes travaillent en collaboration, l'instrumentation est indépendante et tout échange est proscrit .

Il est bien entendu impossible de placer une valve suspubienne dans sa position habituelle . Nous utilisons un dispositif mis au point par le Docteur Jacques MAUNET, notre anesthésiste . La valve suspubienne est accrochée à un long support fixé au plafond de la salle d'opération . Le dispositif est réglé d'avance, mais on peut modifier facilement la tension de la valve par un déplacement lent et prudent de la table d'opération . Se méfier au moment de la fermeture : ne pas abaisser la table sans décrocher la valve (sur traction brutale).



Valve tractrice (dispositif du Dr. Jacques Varnet)

- TECHNIQUE -

Professeur VIALLE

Docteur BILLARD

I - TEMPS ABDOMINAL : EQUIPE SUPERIEURE .

- . Laparotomie médiane sous-ombilicale .
- . Inventaire
 - palpation du foie,
 - recherche d'une métastase péritonéale,
 - exploration de la tumeur, sa mobilité, son adhérence, à la base de la vessie et à la terminaison des uretères .
- . Préparation de l'anus gauche
 - incision pariétale
 - pince en place préparant ainsi le temps ultérieur de l'anus gauche .
- . Mise en place de la valve tractrice .
- . Repérage de la lésion et Incision du péritoine
 - à droite, au milieu et à gauche, après repérage des deux uretères .
- . Ligature de la mésentérique inférieure et vérification de l'hémostase .
- . Décollement du rectum
 - en arrière de la face antérieure du sacrum,
 - en avant de la face postérieure de la vessie,
 - latéralement (décollement amorcé) .
- . Jonction avec l'équipe inférieure
 - en arrière, puis en avant .

- Section de l'intestin (voir temps périnéal) et passage du segment distal à l'équipe inférieure .
- Fermeture du péritoine
 - minutieuse, complète, rigoureuse .

Certaines observations montrent que des anses grêles ont pu s'accoler à des moignons mal péritonisés et entraîner ainsi des occlusions secondaires) .

- au sujet de catgut extra solide ou mieux, points séparés au fil non résorbable .
- Fermeture totale du petit bassin

Celle-ci est infiniment plus aisée par la disparition du segment intestinal inférieur qui ne bombe plus et permet ainsi d'atteindre aisément le péritoine rétro-vésical .
- Antibiotiques locaux .
- Préparation de l'anus gauche définitif
 - anse suffisamment dégagée (et bien vascularisée) pour ne faire aucune traction lors de son passage à travers la paroi,
 - le lieu électif de l'anus a été déjà repéré et incisé (possibilité d'un bon appareillage ne se heurtant pas à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche),
 - passage à travers l'orifice suivant le procédé du décollement du péritoine pariétal,
 - préparation d'un tunnel entre le péritoine et la paroi qui éviterait ultérieurement le prolapsus de l'anus gauche .
- Fermeture de la gouttière colo-pariétale . Si elle est importante, ce temps est grandement facilité par le changement de position de l'opérateur, qui de gauche, passe à droite du malade (utiliser une boîte spéciale d'instruments).

- La branche de l'écraseur de de MARTEL est laissé momentanément sur la peau, en surveillant la traction, la souplesse des vaisseaux et la coloration du segment intestinal extériorisé .
- Fermeture de la paroi médiane
 - sans drainage,
 - suivant la technique habituelle .
- Anus gauche
 - mise en place de quatre fils d'attente sur le versant intestinal autour de l'orifice cutané .
- Dès ce moment et déjà pendant la fermeture abdominale, on a pu très lentement et très progressivement abaisser les jambes (par les gouttières) pour redonner au malade la position horizontale . (Eviter la brusque libération d'une importante masse sanguine) .

II - TEMPS PERINEAL : EQUIPE INFERIEURE .

- Deux bourses à la soie sur l'anus .
- Section des téguments superficiels, au bistouri simple . Le bistouri électrique ne sera employé que plus profondément pour éviter des difficultés de cicatrisation des tranches cutanées .
- Section des raphées .
- Section des releveurs .

• DECOLLEMENT POSTERIEUR .

- en arrière, l'équipe inférieure :
- passer plus au ras du sacrum et permet ainsi d'enlever plus largement les lames rétro-rectales , elle râcle le sacrum,

et présente toujours un plan plus postérieur à l'équipe supérieure .

• amorce le DECOLLEMENT ANTERIEUR

- Là, l'équipe supérieure aide considérablement l'équipe inférieure pour trouver le plan de clivage rétro-vésical. A ce moment, les doigts des deux chirurgiens se perçoivent et on peut ainsi, sous le contrôle de la vue, passer au ras de la face postérieure de la vessie .

• Au total,

- plans antérieur et postérieur dégagés,
- pour bien voir les ailerons latéraux, intérêt de dégager la pièce et de la faire passer par en-dessous .

• Section de l'intestin au bistouri électrique entre deux couples de l'écraseur de de MARTEL, par l'opérateur abdominal .

• Protection

- du segment supérieur par une compresse,
- le segment inférieur, recouvert d'un manchon caoutchouté relié à une compresse repère au bout d'une longue soie .

Passage de la compresse repère de haut en bas et traction légère vers le bas .

• Mise ainsi en évidence des ailerons latéraux .

• A ce moment, un procédé simple permet parfois de voir clair : une large mèche, allant de la cavité abdominale à la cavité périnéale peut être nouée autour du pubis, bloquant la vessie ou l'utérus contre la symphyse contribuant ainsi à donner un meilleur jour .

• Suivant la facilité, soit de l'équipe supérieure, soit de l'équipe inférieure, pose de pinces de J.L. FAURE, sur les ailerons très au ras de la paroi pelvienne . Hémostase .

• A ce stade, la dissection antérieure la plus délicate n'est pas totale . Elle n'a été qu'ébauchée et va être complétée très facilement par traction vers le bas de la pièce anatomique .

- . Vont se tendre et se présenter à la vue, tous les éléments à respecter : prostate, vessie, uretères, nerfs vésicaux .
- . Section libératrice .
- . Pull Trough lent, prudent et sans brutalité .
- . Précautions capitales à prendre :
 - vérifier la tension artérielle, celle-ci le plus souvent baissant brusquement .
 - il faut faire passer le sang plus vite et augmenter l'oxygénation .
- . La pièce enlevée
 - Examen minutieux de la cavité libérée,
 - Souvent petite hémorragie au niveau de la sacrée moyenne, d'hémostase difficile nécessitant parfois l'électrocoagulation .
 - Parfois hémorragie veineuse latérale abondante, nécessitant un tamponnement provisoire avec un champ imbibé de sérum très chaud .
- . Révision complète
 - de l'état de la vessie, de la prostate, des uretères .
 - de l'hémostase .
 - de l'état des vésicules séminales qui peuvent avoir été enlevées si nécessaires .
 - la prostate a pu être rabottée .
- . Fermeture périnéale

Deux cas de présentent suivant la morphologie du malade:

a) Dans les meilleurs cas

- Possibilité de rapprocher par des points en U ou en X les tranches des releveurs (rapprocher les cuisses pour faciliter ce temps opératoire) . Point au catgut . Nous avons actuellement abandonné les fils métalliques utilisés largement dans nos premières observations . Ils nous ont donné quelques déboires : douleurs persistantes post-opératoires,

nécessité de réintervention pour leur ablation . Ils ne nous ont pas paru éviter les suppurations .

• Drainage de la cavité présacrée

- Dans nos premières observations : Mise en place d'un gros drain métallique perforé avec mèche hémostatique autour . Mais vives douleurs accusées par le malade assis . Ce procédé a été abandonné au profit :

• Des lames de Pauchet avec mèches profondes, tassées dans la cavité . Leur nombre est dicté par l'importance de l'hémorragie .

- En pratique, il faut se méfier des plaies apparemment exsangues sur la table opératoire . Dans l'heure qui suit, nous avons fréquemment été obligés de mécher ou de remécher plus complètement, devant un suintement sanguin important et une tension artérielle en baisse .

- ACTUELLEMENT, nous avons tendance à fermer le plus complètement possible et poser quatre gros drains aspiratifs de REDON.

• Drainage à la REDON

Ces drains ont apporté une indiscutable amélioration aux suites opératoires . Mais ils doivent être très surveillés . Il faut absolument que leur perméabilité soit maintenue en les mobilisant et en les insufflant .

• Qualité de la fermeture

La lecture des travaux récents ferait croire que toutes les amputations périnéales se ferment aisément et sans histoires au 15e-20e jour . Personnellement, nous avons enregistré de telle cicatrisation record, mais nous ne pensons pas que ce soit la règle .

Il y a par rapport aux anciens procédés une énorme amélioration et le raccourcissement du temps cicatriciel est

très impressionnant . Mais en pratique, la qualité de la fermeture complète ou incomplète avec légère fistule plus ou moins profonde, reste encore un problème et cette fermeture n'est souvent définitive qu'après trois semaines un mois, ce qui constitue d'ailleurs un incontestable progrès .

b) Dans les mauvais cas ;

- . Impossibilité de ramener en contact les masses musculaires,
 - brèche qui a dû être trop large,
 - conformation anatomique du sujet .

On doit alors se contenter d'un minimum de rapprochement .

On fait au mieux ,

- en profondeur, elle est le plus souvent insuffisante,
- en superficie, cache-misère, car désunion post-opératoire fréquente, suivie de pansement quotidien assez long, la fermeture se faisant lentement de la profondeur à la superficie . On est alors obligé de drainer, de mécher à la demande .

III - L'ARTICULATION DES DEUX EQUIPES .

Une recommandation : lenteur des gestes qui doivent s'effectuer sans précipitation, sans brutalité .

- L'équipe supérieure doit commencer avant l'équipe inférieure . En effet, c'est elle qui précisera si l'intervention est réalisable, son type, son étendue .

- Toucher au bénique rectal, présentant la tumeur à l'examen abdominal .

- Aucune précipitation, ne pas accumuler les chocs, savoir s'attendre .

- En principe :

. en arrière, l'équipe inférieure aide l'équipe supérieure .

. en avant, l'équipe supérieure facilite le travail de l'équipe inférieure .

Au niveau des ailerons moyens, suivant le type du bassin, les pédicules plus ou moins longs et plus ou moins envahis, les décisions seront prises d'un commun accord au mieux de la situation .

- La fermeture du péritoine ne se fera que lorsque l'équipe inférieure sera sûre de son hémostase et le passage bien ouvert, bien éclairé, sera conservé jusqu'à la révision totale et définitive des zones cruentées .

PRECAUTIONS POST-OPERATOIRES IMMEDIATES .-

- Vérification de la tension artérielle du pouls, de la respiration, de la couleur du malade .

- Insistons encore sur la lenteur qui doit présider au changement de position du malade .

- Et sur la nécessité absolue de placer l'opéré dans la salle de réanimation pendant trois ou quatre heures, délai pendant lequel il sera surveillé très attentivement avant de le remonter dans son lit .

- SOINS POST-OPERATOIRES -

Arrivé dans son lit, le malade sera mis tout oxygène pendant 12 à 48 heures d'une façon discontinue .

- Aspiration trachéale ou bronchique s'il s'encombre même faiblement .

- La tension et le pouls seront pris et inscrits toutes les heures pendant 24 heures .

- On fera le moins de calmant possible au début . Ces calmants dépriment fortement le centre respiratoire et peuvent entraîner chez l'insuffisant pulmonaire une crise d'asphyxie aiguë .

Cependant il est nécessaire d'éviter l'agitation du réveil qui peut provoquer une augmentation du saignement de la voie périnéale, dont l'hémostase est souvent difficile à assurer d'une façon parfaite par le chirurgien.

C'est pour cette raison qu'il est recommandé de surveiller particulièrement le drainage périnéal pour apprécier l'importance du saignement et la reprise d'une éventuelle hémorragie et essayer d'évaluer la quantité de sang perdue .

- Les drains de REDON qui sont en général installés devront être reliés chacun à un flacon de 500 cm³ dans lequel un vide de 40 à 60 cm d'eau devra être maintenu (un vide plus important risquant de collaber le tube et de provoquer l'obstruction de celui-ci par des caillots) .

- On mesure très exactement toutes les 12 heures la quantité de sang de chaque bocal, en général les deux Redons les plus postérieurs sont ceux qui donnent le plus . La quantité de sang perdue après l'opération est très variable . La moyenne est de 100 à 150 cc pour chacun des tubes postérieurs et un peu moindre pour les deux autres . Cette quantité de sang devra être exactement compensée .

Les drains seront laissés en place, jusqu'à ce qu'ils ne donnent plus pendant au moins 24 heures . On doit veiller à ce qu'ils ne se bouchent pas, ce qui entraînerait une rétention, un hématome, qui risquerait de s'infecter au bout de quelques jours et de provoquer une fistule périnéale .

En pratique, si les drains de Redon sont manipulés quotidiennement pour conserver leur perméabilité, ils doivent fonctionner pendant 6 à 8 jours environ .

• On surveillera de près la diurèse

Le malade est généralement en sonde à demeure, mais on n'omettra pas de mesurer rigoureusement le volume quotidien des urines afin d'établir un bilan dont il faut tenir compte dans la conduite de la réanimation .

• Dans les jours qui suivent, on pratique toutes les 48 heures une numération formule sanguine et un ionogramme au besoin . L'azotémie est également contrôlée tous les trois ou quatre jours surtout chez les sujets âgés .

Les malades devront être équilibrés exactement pendant les 10 à 15 jours qui suivent l'intervention et qui sont les plus dangereux . Les troubles hydro-électrolytiques seront corrigés immédiatement car ils peuvent retentir gravement sur l'état général .

On surveillera particulièrement le taux des protides sanguins . L'hypoprotéinémie, généralement en rapport avec une dénutrition observée chez ces malades, doit être combattue par tous les moyens .

C'est ainsi, que l'on évitera les ennuis de cicatrisation et la formation d'escarres qui sont d'un mauvais pronostic . Leur prévention doit constituer une des préoccupations importantes de la période post-opératoire . Pensant que ces escarres pouvaient se former sur la table même, au moment de l'intervention, certains malades ont été opérés sur un matelas alternating .

Les autres soins post-opératoires revêtent une importance considérable . De leur observation régulière dépend en grande partie la simplicité des suites opératoires .

A - L'ASPIRATION GASTRIQUE est souvent nécessaire .

Pour lutter contre la distension gastrique, le malade est laissé en aspiration discontinue pendant 48 heures environ jusqu'au début du fonctionnement de l'anوس . Pendant cette période, l'alimentation est assurée par voie veineuse .

B - L'OUVERTURE DE L'ANUS .

L'anوس est ouvert dès que le malade commence à être gêné et éprouve le besoin d'évacuer ses premiers gaz, généralement 48 heures après l'intervention . On enlève la pièce de l'écraseur de de MARTEL, laissée en place sur l'intestin et l'on étale l'orifice de l'anوس qui est définitivement fixé à la peau grâce aux fils d'attente préalablement placés en fin d'intervention .

C - L'ALIMENTATION .

Au début, l'alimentation est faite exclusivement par

voie veineuse à l'aide de solutions de sérum glucosé, d'amino-acides (auxquelles on ajoute des vitamines) associées parfois à du plasma.

Progressivement, on passe à l'alimentation orale qui, d'abord liquide puis pateuse, pourra être reprise dès que l'an^{us} commence à fonctionner (émission des gaz et des premières selles) . On arrive ainsi vers le 6^e jour à un régime solide qui sera toujours aussi peu toxique que possible .

Ce n'est que dans les cas de dénutrition importante, d'anorexie ou de gêne prolongée du rétablissement du transit que l'on poursuivra en même temps que par la voie orale, l'alimentation parentérale à base de protides (hyperprotidine, caséine, acides aminés) et de glucides (sérum glucosé hypertonique) .

D - L'ABLATION DE LA SONDE VESICALE .

Les malades sont laissés en sonde à demeure les premiers jours de l'intervention pour lutter contre la parésie vésicale et les troubles urinaires (rétention vésicale) inhérente à l'intervention . On enlève la sonde généralement au 6^e ou 8^e jour . Mais si le malade éprouve des difficultés pour uriner, on n'hésite pas à la remettre .

Des petits lavages de vessie sont pratiqués deux fois par jour pour prévenir l'infection et l'opéré est mis systématiquement à un désinfectant que l'on poursuit au delà de l'ablation de la sonde pour éviter toute infection urinaire .

E - L'ABLATION DU DRAIN ET DES MECHES .

Généralement on enlève d'abord les mèches puis le drain .

Le déméchage exige certaines précautions . Deux à trois jours avant on arrose les mèches avec du sérum physiologique . Quand elles sont bien imbibées, on pratique prudemment le déméchage . Ce geste

évite l'arrachement des mèches qui pourrait entraîner une hémorragie secondaire .

La mèche enlevée, le drain reste encore en place . Son ablation est subordonnée à l'absence de rétention dans la concavité sacrée . On l'élève suivant ; la température, le degré de souillure du pansement et l'importance de l'oedème périnéal .

F - L'ABLATION DES FILS ABDOMINAUX et les CICATRICES .

L'ablation des fils abdominaux se fait au 13e jour .

La plaie abdominale ne pose généralement pas de problème et sa cicatrisation est assez rapide .

La plaie périnéale est toujours plus longue à cicatriser . Il est recommandé de la laisser à l'air une partie de la journée pour éviter la macération de la région .

G - LE LEVER .

Le lever est un problème difficile chez ces malades porteurs d'un drainage maintenu par un pansement et d'une sonde . Si leur état le permet, on les met au fauteuil à partir du 4e ou 5e jour . S'ils sont fatigués, ils ne seront levés qu'au 12e ou 15e jour après l'ablation des drains et de la sonde vésicale .

H - LE TRAITEMENT ANTICOAGULANT .

Pour prévenir les accidents de thrombose veineuse, les malades sont mis au traitement anticoagulant systématiquement à partir du 3e jour de l'intervention . S'il existe une tendance hémorragique, la médication anticoagulante est différée d'un ou de plusieurs jours.

I - LE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE .

Les antibiotiques sont administrés dès la veille de l'inter-

vention . Le traitement est d'autant plus massif que la tumeur est plus infectée .

- ANALYSE DES OBSERVATIONS

COMMENTAIRES -

Notre statistique, arrêtée au 1er juillet 1962, comporte 50 observations d'amputation abdomino-périnéale du rectum à deux équipes . Ces observations comprennent :

- 14 malades du service de Clinique Chirurgicale du Professeur VIALLE à l'Hôpital Bretonneau,

- 36 malades opérés à la Clinique St-Grégoire à Tours par le Professeur VIALLE et le Docteur BILLARD .

Cette série présente un grand intérêt du fait qu'il s'agit d'une statistique homogène . En effet, les 50 malades ont été endormis par les mêmes anesthésistes, traités suivant la même technique par les mêmes chirurgiens et suivis en post-opératoire par les mêmes collaborateurs .

Cette série s'échelonnent sur 11 ans, de 1951 à 1962 . La répartition annuelle s'établit comme suit :

1951	1 cas	1957	15 cas
1952	0 cas	1958	5 cas
1953	1 cas	1959	5 cas
1954	1 cas	1960	8 cas
1955	0 cas	1961	8 cas
1956	4 cas	1962	2 cas

Total : 50 cas .

LE SEXE et l'AGE

Sur ces 50 malades, nous relevons 20 femmes, soit 40 % et 30 hommes, soit 60 %, pourcentage qui correspond à celui de toutes les grandes statistiques .

L'âge des opérés varie entre 29 et 81 ans . La répartition en fonction de l'âge obéit aux règles statistiques des cancers digestifs

Moins de 30 ans	:	1 cas (sujet de 29 ans)
de 30 à 40 ans	:	1 cas
de 40 à 50 ans	:	4 cas
de 50 à 60 ans	:	21 cas
de 60 à 70 ans	:	18 cas
de 70 à 80 ans	:	4
au-dessus de 80 ans	:	<u>1</u>

Total : 50 cas

La moyenne d'âge de nos opérés est de 59 ans . C'est entre 50 et

70 ans que se rencontrent avec le maximum de fréquence les cancers du rectum de cette série . Les années de pointe se situent entre 50 et 60 ans où nous relevons 21 cas, près de la moitié de nos observations .

L'âge ne constitue pas une contre-indication opératoire . L'altération de l'état général que l'on trouve chez les sujets âgés les tares vicérales et humorales qui^ysont souvent associées, peuvent être améliorées par une préparation adéquate . Le plus âgé de nos opérés est un homme de 81 ans qui a très bien supporté l'amputation abdomino-périnéale .

CONSIDERATIONS CLINIQUES

Sans reprendre ici la clinique du cancer du rectum, nous signalons que le symptôme le plus fréquemment retrouvé dans nos observations est la rectorragie . Plus rarement ce sera le tenesme, les faux besoins, la diarrhée, les signes d'obstruction intestinale dans les localisations hautes, la constipation parfois et les hémorroides .

Bien souvent, le malade est vu tardivement et il existe chez lui une association de **plusieurs** des signes fonctionnels classiques .

Dans notre série, nous n'avons jamais rencontré de problème diagnostic, tant la symptomatologie était cliniquement évocatrice .

La plupart des malades ont été vus à un stade assez tardif de l'évolution de leur lésion .

a) Bien souvent c'est le malade lui-même qui a négligé d'aller consulter son médecin, mettant sur le compte des hémorroïdes, la rectorragie qui précède ou enrobe les selles . C'est souvent lorsque la diarrhée commence à le gêner par sa fréquence que le malade se décide à consulter son médecin .

La constipation les inquiète moins, car ces malades, en général des femmes, disent être depuis longtemps des constipées chroniques .

b) C'est plus rarement que le malade est soigné après un examen incomplet pour une affection intestinale banale ou des hémorroïdes, alors qu'un toucher rectal bien conduit et un examen rectoscopique au moindre doute, auraient permis de faire un diagnostic plus précoce-ment .

Sur les 50 cas présentés, certaines tumeurs étaient très évoluées, adhérentes, surtout en avant aux organes génito-urinaires : la vessie, la prostate et les vésicules séminales chez l'homme, l'utérus et le vagin chez la femme, ou bloquant même parfois le petit bassin .

Même dans les cas apparemment très évolués, nous n'avons jamais renoncé à priori à l'exérèse de la tumeur . Après une préparation minutieuse et les investigations nécessaires, chaque cas a été étudié et abordé dans la perspective d'offrir au malade sur le plan humain une amélioration de son état et une chance de survie .

C'est ainsi qu'on a pu constater que des tumeurs qui au premier examen paraissaient envahir le plan antérieur, restaient encore relativement clivables . Il s'agissait vraisemblablement de lésions infectées qu'une bonne préparation a dû faire regresser dans des

proportions notables .

Dans d'autres cas, la tumeur, apparemment mobile, avait véritablement envahi la prostate ou la face postérieure du vagin nécessitant une exérèse beaucoup plus large qu'il n'était initialement prévu .

Enfin, signalons que dans deux cas, le degré d'envahissement des lésions était tel que nous avons dû pratiquer une pelvectomie postérieure (Observations n° 24 et 38) . Il s'agissait dans les deux cas d'un cancer du col utérin propagé au rectum .

HAUTEUR DES CANCERS AMPUTES

Nos amputations ont été réalisées chez des malades dont le pôle inférieur de la lésion s'étendait de 0 à 12 cm de la marge de l'anus .

La hauteur du pôle inférieur de la lésion est un des éléments primordiaux de la tactique opératoire . Dans certains cas de cancers haut situés (entre 10 et 12 cm), nous avons envisagé de faire une résection . Dans 4 cas, la décision définitive de l'amputation n'a été prise qu'à ventre ouvert, après l'exploration chirurgicale des lésions .

Nous avons été obligés de tenir compte soit du volume de la tumeur, de son extension en largeur , de son degré de fixité et de ses adhérences aux organes voisins, soit de l'aspect et de la morphologie du malade lui-même, de son degré d'embonpoint, de

la largeur et de la profondeur de son bassin .

Soulignons à ce sujet, l'importance ~~am~~considérable du toucher rectal pour l'évaluation de la hauteur du pôle inférieur de la tumeur par rapport à la marge de l'anus . Mieux que le rectoscope qui en progressant déplisse la muqueuse et entraîne des erreurs de cotation c'est le toucher rectal qui donne les meilleurs renseignements . Un toucher rectal minutieux, fait successivement en décubitus dorsal, les cuisses fléchies ; en décubitus latéral gauche et en position genu-pectorale . , permet de chiffrer la hauteur de la tumeur, d'apprécier son siège, son étendue, l'infiltration péritumorale . la mobilité de la masse, son extension aux organes voisins .

En pratique, pour choisir entre amputation et résection, il nous a semblé que toute tumeur accessible par en bas au doigt est justiciable de l'amputation .

L'INTERVENTION DU COTE ABDOMINAL

Equipe Supérieure

L'INCISION .

L'incision que nous utilisons est la laparotomie médiane sous-ombilicale, passant à gauche de l'ombilic que nous prolongeons plus ou moins haut suivant la profondeur du bassin, le degré d'adiposité du malade .

L'EXPLORATION .

L'exploration minutieuse de la cavité abdominale est un temps capital de l'intervention . Elle permet d'apprécier l'extension locale et générale de la tumeur et de se rendre compte si elle est techniquement enlevable ou non .

A plusieurs reprises, de nombreux ganglions volumineux ont été trouvés dans les méso, mais nous n'avons jamais observé de métastase hépatique ou péritonéale, ni d'ascite .

Dans 4 cas, nous avons trouvé des tumeurs énormes, bloquant le petit bassin avec cartonage péritonéal, oedème et dilatation veineuse en lacis (Observations n° 23, 30, 35 et 48) qu'il aurait été impossible d'enlever dans le concours des deux équipes .

DIFFICULTES DE L'INTERVENTION DU COTE ABDOMINAL

Dans la plupart des cas, l'intervention du côté abdominal a été facile et s'est déroulée de façon typique .

Cependant, nous avons eu à faire face dans certains cas, à de grosses difficultés qui sont surtout liées :

- d'une part à la profondeur et à l'étroitesse du bassin chez certains sujets courts et obèses,
- d'autre part, au volume et aux adhérences de la tumeur à l'envahissement des organes voisins .

Les tissus sur lesquels on travaille sont de mauvaises qualités ce qui peut facilement entraîner des difficultés d'hémostase . Les

tissus sont friables et l'on peut non seulement ouvrir le rectum, mais aussi la vessie et surtout blesser les uretères qui sont enserrés dans tout ce bloc .

Dévant ces difficultés, il est capital de repérer les uretères surtout l'uretère gauche, dans tout leur trajet pelvien, de telle sorte qu'ils soient parfaitement visibles pendant tout le temps de dissection .

Le rectum a été ouvert deux fois au cours de la dissection . Mais l'équipe abdominale n'a provoqué aucune blessure urétérale ou vésicale, aucune lésion des gros troncs vasculaires .

CONSERVATION DE L'UTERUS CHEZ LA FEMME

L'utérus ne constitue pas une gêne opératoire . Nous l'avons conservé chaque fois que l'utérus n'était pas envahi par la tumeur ou ne portait pas de lésions importantes. Chez une femme de 57 ans nous avons trouvé un utérus fibromateux qui ne justifiait pas une hystérectomie . Une autre de 58 ans, portait un kyste de l'ovaire gauche pour lequel il a été pratiqué une simple ovariectomie .

Sur les 20 femmes amputées pour cancer du rectum, l'utérus a pu être conservé 15 fois .

4 malades avaient déjà eu antérieurement une hystérectomie

Un seul utérus a été enlevé en même temps que la tumeur chez une femme à qui l'on a fait un Brunschwig partiel (Observation n°38).

Nous ne faisons pas systématiquement l'hystérectomie .

L'utérus et ses annexes sont souvent utilisés pour la péritonisation. Par ailleurs, sa conservation quand elle est possible, joue un rôle important dans l'équilibre et la statique de la vessie .

LA PERITONISATION

La péritonisation doit être parfaite et étanche . Toutes les surfaces cruentées sont recouvertes au mieux pour éviter le développement de bride ou d'adhérences qui sont la principale cause des occlusions post-opératoires du grêle. En cas de drainage périnéal par tubes aspiratifs de Redon, si l'étanchéité de la suture n'est pas parfaite, la dépression sous-péritonéale créée par l'aspiration des drains peut provoquer l'engagement d'une anse intestinale au travers d'un petit orifice de la ligne de péritonisation .

Dans la majorité des cas, il a été possible de réaliser une péritonisation satisfaisante . Parfois, il existe des difficultés réelles en cas d'infiltration et de cartonnage des feuillets péritonéaux .

L'ANUS ARTIFICIEL

Pour la quasi totalité de nos opérés, nous avons réalisé un anus gauche définitif, disposé en bonne place pour être facilement appareillable .

L'orifice pariétal de cet anus doit être large, surtout au niveau de l'aponévrose et des muscles pour ne pas étrangler le segment distal du colon et provoquer une nécrose secondaire ou un mauvais fonctionnement de l'anus .

Il est capital de bien fermer la gouttière pariéto-colique . Cette fermeture a deux avantages :

- elle amarre l'intestin au péritoine pariétal,
- surtout, elle évite l'étranglement d'une anse intestinale entre le colon et la paroi .

Actuellement, nous préparons l'orifice pariétal de l'anus dès le début de l'intervention, avant la laparotomie, ce qui évite les modifications des rapports anatomiques et favorise un meilleur appareillage .

Dans deux cas, (Observations n° 18 et 20) nous avons réalisé un anus périnéal à la manière de LEBOVICI . Nous les avons faits à la demande des malades qui, à aucun prix ne voulaient accepter l'anus gauche . Ces anus périnéaux ont bien fonctionné sous l'action d'un régime constipant et des soins d'hygiène appropriés (grand lavement tous les deux jours) .

Fermeture de la paroi abdominale .

L'abdomen est refermé sans drainage . Dans quelques observations au début, nous avons laissé un drain aspiratif sortant de

l'abdomen au niveau de l'angle inférieur de l'incision médiane sous-ombilicale .

L'INTERVENTION DU COTE PERINEAL

Equipe Inférieure

LA RESECTION DU COCCYX .

Dans 9 cas, surtout dans les premières observations, nous avons pratiqué la résection d'une ou de deux pièces coccygiennes ou l'ablation complète du coccyx .

Cette ablation a un avantage certain . Elle facilite le drainage périnéal, chez le sujet couché, en diminuant la profondeur de la cavité sacrée ou se collecte le sang venant des parois et des vicères du petit bassin .

A cause de la macération de la région périnéale, la lenteur de cicatrisation de la plaie, le contact du drain, le moignon du coccyx peut s'infecter et entraîner une ostéite qui aboutit à une fistule périnéale interminable (Observations n° 15 et 16) .

DIFFICULTES DE L'INTERVENTION DU COTE PERINEAL

Les difficultés que nous avons rencontrées du côté périnéal proviennent surtout du volume et surtout des adhérences de la tumeur pouvant entraîner lors de la dissection :

- une blessure des organes voisins,
- des difficultés d'hémostase avec parfois une hémorragie

importante .

Mis à part le rectum lui-même que l'opérateur périnéal a ouvert une fois (Observation n° 14) .

L'uretère dans sa portion terminale est menacé et nous l'avons blessé une fois (observation n° 38) .

La vessie a été ouverte dans deux cas (Observations n° 8 et 14) .

La prostate (Observation n° 8, 14, 19 et 34), l'urethre membraneux (Observation n° 34) et le vagin chez la femme ont été blessés (Observations n° 9, 22, 33 et 35) . Nous reviendrons aux complications sur les conditions dans lesquelles se sont opérées ces lésions .

Les difficultés d'hémostase ont été souvent résolues avec le concours de l'équipe supérieure . Cependant, dans certains cas (4) nous avons eu à faire face à des problèmes d'hémostase surtout d'origine veineuse :

- Une mauvaise prise de l'hémoroidale moyenne (Observation n° 11
- Une hémorragie des veines sacrées moyennes (Observations n° 20 et 48) .
- Une hémorragie des veines dilatées dans un tissu induré dans lequel les pinces ne tiennent pas (Observation n° 36) .

Enfin, dans deux cas, en fin d'intervention, nous avons été obligés devant la persistance du saignement, de désunir la plaie périnéale pour tasser plusieurs mèches dans la concavité sacrée (Observations n° 41 et 48) .

LA FERMETURE PERINEALE

La fermeture périnéale est en relation avec le mode de drainage utilisé sur lequel nous reviendrons plus loin .

Dans nos premières observations, où nous pratiquions un drainage par drain (métallique et en caoutchouc) et lame de Pauchet, nous faisions une fermeture incomplète du périnée qui restait de ce fait assez largement ouvert .

Pour éviter l'irritation provoquée par les fils résorbables et prévenir une éventuelle suppuration, nous rapprochions les releveurs au fil métallique (fil d'acier) .

Les résultats étaient satisfaisants, mais à la longue, les malades supportaient mal des fils métalliques . Ils se plaignaient de douleurs périnéales (surtout quand ils mettaient en tension leurs releveurs), douleurs qui ont pu faire penser à la possibilité d'une récurrence alors qu'il n'en était rien . A plusieurs reprises, nous avons dû pratiquer l'ablation de ces fils . Finalement, nous avons complètement abandonner les fils d'acier pour rapprocher les plans musculaires et aponévrotiques au catgut chromé .

Depuis que nous utilisons le drainage par drain aspiratif de Redon, nous pratiquons la fermeture de plus en plus complète de la plaie périnéale . (Voir évolution et Durée de fermeture de la plaie périnéale) .

L'EVOLUTION DU DRAINAGE PERINEAL

Le drainage périnéal est un point important de l'intervention. Le fonctionnement et l'efficacité de ce drainage influent considérablement sur les suites opératoires .

Le drainage périnéal doit par tous les moyens, assurer

l'évacuation de la collection séro-hématique qui se forme dans la concavité sacrée .

Au début, dans nos premières observations, le drainage périnéal était assuré par un gros drain de caoutchouc . Nous avons observé que ces drains peuvent se couder provoquant ainsi une rétention dans la concavité sacrée .

Pour pallier cet inconvénient, nous avons essayé l'utilisation d'un drain métallique plus rigide . Le drainage était parfait. Mais la rigidité de ces drains blesse le malade au moindre geste . Ils étaient mal supportés et nous les avons progressivement abandonnés .

Nous sommes revenus au drain de caoutchouc que nous associons à une ou plusieurs mèches périnéales . Ces mèches bien tassées dans la concavité sacrée, assuraient l'hémostase des saignements en nappe (qui se produisent parfois sur la face antérieure du sacrum où les pinces n'ont guère de prise). Ces mèches assurent un très bon tamponnement .

Malgré toutes les précautions d'usage, on assistait parfois au moment de l'ablation des mèches, à une petite hémorragie de déméchage .

Le volume des mèches laissées en place dans certains cas, exigeait que l'on laissât pratiquement ouverte toute la plaie périnéale . Il s'en suivait une brèche importante, qui demandait plusieurs semaines pour se refermer -voire plusieurs mois- .

Toujours dans le souci d'améliorer nos résultats, nous avons essayé de supprimer (chaque fois que cela était possible) les mèches que nous avons remplacées par une lame de Pauchet . Ces

lames étaient toujours associées à un gros drain, ce qui permettait de diminuer sensiblement l'étendue de la brèche périnéale et de raccourcir sa durée de cicatrisation .

Les différentes modalités du drainage que nous venons d'envisager, nécessitent une fermeture incomplète du périnée . La brèche périnéale suivant son importance, demande parfois un temps assez long pour se refermer .

Dans nos dernières observations, nous avons tenté la fermeture complète du périnée, sous dépression aspiratif réalisé à l'aide de drains de Redon .

Nous mettons en place quatre Redon . Deux en avant, et deux en arrière drainant plus particulièrement la concavité sacrée .

Il faut bien sur que les Redon fonctionnent et qu'ils assèchent effectivement toute la sérosité qui se collecte dans la concavité du sacrum . Le périnée étant complètement fermé, la collection n'a aucune issue et il se formera fatalement un abcès qu'il faudra évacuer par la désunion périnéale, celle-là même qu'on a voulu éviter (voir Observations n° 47 et 50) .

L'entretien et le fonctionnement des Redon sur lesquels nous ne reviendrons plus, sont des éléments qui conditionnent de façon déterminante, la fermeture primitive de la plaie périnéale .

- LES COMPLICATIONS -

LE CHOC OPERATOIRE

Le choc opératoire est une complication redoutable de l'amputation abdomino-périnéale du rectum .

Le plus souvent, ce sont les gestes traumatisants, les déplacements et les changements de position de l'opéré en cours d'intervention qui déclenchent cet état de choc .

Chez la plupart des opérés, nous avons observé un état de choc de gravité variable, marqué par une chute plus ou moins importante de la tension artérielle avec accélération du pouls pouvant aboutir parfois à la défaillance cardiaque .

Les progrès de la réanimation permettent dans la plupart des cas de juguler cet état de choc . Mais une fois constitué, le choc opératoire peut être irréversible, quoiqu'on fasse . Son véritable traitement **est donc** prophylactique .

De l'analyse de nos observations, cinq facteurs, au cours de l'acte opératoire, nous ont paru jouer un certain rôle dans l'installation du choc .

- 1°) la rencontre des deux équipes,
- 2°) le travail en commun mené trop rapidement,

3°) le moment du "pull-through", c'est à dire la libération et l'ablation de la pièce par la voie périnéale ,

4°) la remise à plat en position horizontale à la fin de l'intervention,

5°) le transport du malade dans son lit .

Tels sont les moments dangereux de l'intervention où chirurgiens et anesthésiste, chacun dans leur domaine, doivent faire preuve de prudence et de vigilance .

A - LA RENCONTRE DES DEUX EQUIPES .

La rencontre des deux équipes, en arrière du rectum est un temps dangereux et choquant de l'intervention . Ce temps marque toujours chez le malade une chute tensionnelle plus ou moins nette suivant les sujets . C'est la raison pour laquelle, à ce moment de l'intervention, il est prudent d'accélérer la perfusion et d'oxygéner largement le malade .

Il est recommandé, si le saignement paraît abondant, de procéder à la pesée des compresses et faire en sorte qu'au moment de la rencontre des deux équipes, la perfusion de sang soit légèrement supérieure à la perte réelle .

B - LE TRAVAIL EN COMMUN MENE TROP RAPIDEMENT .

La dissection doit être menée de part et d'autre, sans précipitation . Si les gestes sont brusques, traumatisants, avec tiraillement, l'apparition du choc opératoire se fera sentir de façon beaucoup plus importante encore au moment de la rencontre des deux équipes .

C - LE MOMENT DU PULL-THROUGH .

Le pull-through c'est à dire la libération de la face

antérieure de la pièce et son ablation par l'équipe périnéale, s'accompagne souvent d'une chute tensionnelle plus ou moins marquée et cela d'autant plus que la tumeur est plus adhérente au plan antérieur et que sa libération se révèle laborieuse . Les manoeuvres de traction ou la section des derniers filets du plexus hypogastrique ne sont peut être pas étranger à cet état de choc .

D - LES DEPLACEMENTS DU MALADE A LA FIN DE L'INTERVENTION constituent des manoeuvres particulièrement choquantes .

Le passage brutal des membres inférieurs de la position opératoire, à la position horizontale, peut entraîner une défaillance cardiaque brutale .

Il est recommandé de commencer à modifier la position du malade dès que l'hémostase a été faite complètement par l'équipe périnéale et que l'anus gauche est définitivement installé (ces deux stades se passant généralement au même moment) .

On commence à abaisser les deux jambes du malade par paliers espacés de quart d'heure en quart d'heure, en même temps que l'on commence à redresser la table dans les mêmes conditions .

Le malade doit se trouver complètement à plat, en position horizontale quand le chirurgien met les derniers fils de la paroi abdominale .

E - TRANSPORT DU MALADE DANS SON LIT .

L'intervention terminée, le malade ne doit pas être transporté immédiatement dans son lit . Les déplacements, le brancardage choquent terriblement . C'est ainsi, qu'en 1951, nous avons perdu notre première malade, opérée par le procédé à deux équipes (Observation n° 1) .

Chez cette femme, l'intervention s'est déroulée simplement, de façon satisfaisante . A la fin de l'opération, la tension était normale et la malade a été transportée immédiatement dans son lit, Dans la demi-heure qui a suivi, elle a fait un choc opératoire mortel .

L'opération terminée, le malade reste sur la table en salle d'opération, puis est transporté dans la salle de réanimation pendant une à deux heures, sous oxygène, jusqu'à la réapparition des reflexes. Il ne sera transporté dans son lit que lorsque l'on sera sur qu'il a été bien compensé (tension stable, pouls régulier, bonne coloration du visage et des extrémités) .

Au total, on ne saurait trop recommander :

- de la douceur et de la lenteur dans les gestes opératoires,
 - le déplacement très progressif du malade,
 - et l'observation minutieuse pendant les heures qui suivent l'intervention ayant sous la main : oxygène et sang .
-

LES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

(IMMEDIATES)

Nous avons observé dans notre série 7 occlusions post-opératoires immédiates soit, 14 % (3 femmes et 4 hommes) dont deux mortelles après réintervention .

- Les deux occlusions mortelles, une femme de 58 ans (observation n° 22) et un homme de 69 ans (observation n° 13) seront étudiées au paragraphe des décès post-opératoires .

- Les cinq occlusions non mortelles ont été observées chez deux femmes et trois hommes .

- a) la première observation est une femme de 57 ans (observation n° 3) .

- l'intervention chez cette malade s'est déroulée simplement la péritonisation parfaite . Le transit s'est rétabli dans les délais normaux, l'anus fonctionne de façon satisfaisante .

15 jours après l'amputation, la malade présente un syndrome occlusif du grêle nécessitant une réintervention d'urgence .

On reprend l'incision médiane et on trouve à la laparotomie une anse grêle accolée par des adhérences à la ligne de péritonisation. Aspiration du grêle dilaté par entérotomie et mise en place par l'orifice de ponction, d'une petite sonde qui ramène des débris fécaloïdes en quantité importante .

L'état de cette malade est alarmant pendant toute la durée de la réintervention et dans les suites opératoires immédiates posant des problèmes difficiles de réanimation .

Enfin, elle guérit de son occlusion au prix d'une fistule du grêle passagère .

b) la deuxième occlusion post-opératoire a été notée chez une femme de 53 ans (Observation n° 5) .

- l'intervention du côté abdominal s'est déroulée de façon satisfaisante avec une bonne péritonisation utilisant les annexes .

Les suites opératoires immédiates sont normales .

Au 16^e jour, apparition d'une occlusion du grêle et réintervention d'urgence .

Reprise de l'incision médiane . On trouve un grand épiplon collé sur le fond de la ligne de suture du péritoine et qui fait une bride à demi-serrée sur une anse grêle .

L'anse qui n'a pas trop souffert est libéré .

Après cette réintervention, le transit se rétablit et l'anus fonctionne bien ; l'état général s'améliore progressivement, mais ce malade nous a fait un abcès de paroi important .

c) la troisième occlusion a été relevée chez un homme de 73 ans (Observation n° 7) .

- Chez ce malade également, l'anus a commencé à fonctionner normalement .

Au 8^e jour. de l'amputation, on est obligé de réintervenir pour un syndrome occlusif ayant débuté 18 heures au paravant .

Après reprise de l'incision médiane, on trouve des anses dilatées et vers la terminaison du grêle, on observe une coudure intestinale avec accollement d'une anse dans le fond du petit bassin, probablement à la ligne de péritonisation . On vérifie toutes les autres anses .

Les suites de cette réintervention ont été normales et le malade a pu quitter la clinique au 47e jour de l'amputation .

d) la quatrième observation est un homme de 56 ans (observation n° 32) à qui, à la demande expresse du malade qui ne voulait à aucun prix d'un anus artificiel, nous avons fait notre unique résection à deux équipes avec une caecostomie de décharge .

Cette caecostomie fonctionne bien jusqu'au 6e jour à partir duquel le malade présente une ascension thermique à 40° avec apparition d'un syndrome occlusif ayant nécessité une réintervention au 10e jour .

Dans l'hypochondre droit, on trouve, à la jonction anse plate, anse dilatée, un abcès assez volumineux, contenant un verre de pus environ ; abcès cloisonné par de l'épiploon et des anses grêles très dilatées . Cet abcès semble provenir d'un hématome formé au dépend de l'épiploon .

Le malade a relativement bien supporté cette réintervention . Les suites sont marquées au 8e jour par l'apparition d'un abcès de paroi .

e) la dernière observation a été notée chez un homme de 47 ans (observation n° 46) .

- Ce malade porteur d'une volumineuse tumeur évoluée, a eu une intervention difficile . La péritonisation a été faite dans un tissu cartonné, au-dessous duquel existait déjà un oedème sous-péritonéal .

Au 10e jour de l'intervention :

. douleur importante à gauche avec vomissements et arrêt du transit témoin d'une occlusion du grêle dont les signes

FISTULES DU GRELE

Nous avons relevé deux cas de fistule du grêle : une femme et un homme .

Ces fistules ont été observées chez des malades ayant subi une réintervention pour occlusion post-opératoire .

- Une femme de 57 ans (Observation n° 3) qui avait été **réopérée** 15 jours après l'amputation d'une occlusion du grêle . Dans les suites, la malade a fait une fistule du grêle ayant nécessité une troisième intervention .

Par une laparotomie latérale droite, on résèque l'anse fistulisée et on fait une anastomose bout à bout .

Les suites ont été normales . La malade a très bien supporté, en moins d'un mois, les trois interventions successives .

Elle n'a fait ni évicération, ni d'abcès de la paroi .

- La deuxième fistule du grêle a été observée chez un homme de 67 ans (Observation n° 46) .

Ce malade a présenté au 10^e jour de son amputation, un syndrome occlusif pour lequel une réintervention a été pratiquée .

15 jours après, nous avons assisté à l'apparition d'une fistule du grêle, le long de l'incision médiane désunie .

Chez ce malade en mauvais état général et cardiaque, une troisième intervention a été effectuée un mois après .

Par une **incision** latérale droite, après repérage des orifices

fistuleux par des drains, on décolle progressivement la paroi, ce qui montre deux anses en U accolées à la paroi et fistulisées .

Résection importante sur chaque anse, ligature des méso et anastomose termino-terminale .

Il n'a pas été possible de réparer la désunion de l'incision médiane . Une greffe (plastie) est envisagée ultérieurement .

Les suites de cette troisième intervention ont été bonnes et deux mois après on pouvait faire une plastie abdominale pour réparer la perte de substance pariétale .

En résumé, on peut dire que les fistules du grêle semblent n'apparaître qu'après une réintervention .

- LES BLESSURES OPERATOIRES -

BLESSURE URETERALE

Un seul cas de blessure urétérale a été noté . Il s'agit d'une femme de 62 ans (Observation n° 38) porteuse d'un cancer du col utérin propagé au rectum , a qui nous avons fait un Brunschwig partiel . Au cours de la libération latérale, l'opérateur périnéal est gêné à droite où il existe une infiltration . On tente de passer au large, mais dans le décollement vésico-vaginal, entièrement mené par voie périnéale, on pince l'uretère droit . Après l'avoir reconnu, on lache la prise et on vérifie son intégrité, mais l'écrasement laisse prévoir une nécrose secondaire possible .

Cette malade n'a pas fait de fistule urétérale, mais une fistule vésicale qui devenue incurable, a nécessité une cystostomie définitive .

BLESSURES VESICALES

Nous avons observé deux cas de blessures vésicales . L'une chez un homme de 62 ans (observation n° 9) porteur d'un cancer bas situé très adhérent à la face inférieure de la vessie, à la prostate et à l'uréthre membraneux . On enlève une tranche prostatique au bistouri électrique, mais en clivant doucement le rectum de la

région vésicale près de l'urètre membraneux, on détermine une brèche de 5 cm de long environ à la face inférieure de la vessie. Fermeture de la brèche en deux plans au catgut à points séparés .

Cette plaie vésicale n'a eu, dans les suites opératoires aucun retentissement :

- pas de fistule vésicale,
- cystoscopie de contrôle normale .

Trois ans après, il revient pour des troubles urinaires, en rapport avec une lithiase **vésicale** . A l'intervention, on a enlevé de nombreux cailloux dans la vessie ainsi que des concrétions calcaires incrustées dans l'urètre prostatique .

La deuxième, chez un homme de 59 ans (Observation n° 14), présentant une tumeur très adhérente en avant, obligeant l'opérateur périnéal à enlever une lame prostatique et un fragment de déférent.

Au cours de la dissection, on détermine une ouverture de la vessie à sa face inférieure .

Fermeture de la vessie en deux plans au catgut à points séparés .

Dans les suites opératoires, ce malade a fait au 8e jour, une fistule vésicale, vérifiée à la cystoscopie et à la cystographie et qui s'est refermée spontanément au bout de deux mois et demi .

BLESSURES

DE LA PROSTATE ET DE L'URETHRE MEMBRANEUX DES VESICULES SEMINALES ET DU DEFERENT .

Ces lésions se sont toujours produites au cours de la

dissection en avant des tumeurs qui adhéraient à des degrés variables ou envahissaient ces organes .

Quatre cas ont été relevés .

- Un homme de 62 ans (observation n° 8) dont la tumeur très adhérente nous a obligés à réséquer :

- . une tranche prostatique
- . ainsi que les vésicules séminales .

Chez ce malade, au cours de la dissection, la vessie a été blessée .

- Un malade de 59 ans (observation n° 14) chez qui la dissection très difficile en avant a nécessité l'ablation d'une colorette prostatique postérieure et le sacrifice d'un bon fragment de déférent du côté droit . A noter qu'au cours de la dissection, la vessie a été accidentellement ouverte .

- Le troisième cas, est un malade de 52 ans (Observation n° 19) présentant une tumeur adhérente à la prostate dont on a emporté un fragment avec la pièce .

- Enfin, la dernière observation, est un homme de 65 ans (observation n° 34), dont la tumeur avait envahi le plan vésico-prostatique . Au cours de la dissection, on a pratiqué l'ablation d'un bon fragment prostatique, ce qui a provoqué une lésion de la face postérieure du bulbe, sans ouverture du canal muqueux .

OUVERTURE DU VAGIN

L'ouverture du vagin a été observée dans les cas de tumeurs bas situées, très adhérentes au vagin .

Mis à part les cas où le sacrifice du vagin faisait partie

intégrante de la technique (pelvectomie postérieure ou Brunschwig partiel) .

L'ouverture du vagin au cours de l'amputation s'est produite quatre fois:

- Une fois chez une malade de 78 ans, présentant un cancer situé à 5 cm de la marge de l'anus (observation n° 9), adhérent à la face postérieure du vagin, nécessitant son ouverture et la résection d'une partie de la paroi postérieure .

- Un cas chez une femme de 58 ans dont la tumeur, siégeant à 2 cm de la marge de l'anus (Observation n° 22) infiltrait la cloison recto-vaginale . Au cours de la dissection difficile en avant, une petite brèche a été faite dans la paroi postérieure du vagin .

- Une ouverture du vagin a été constatée encore chez une femme de 51 ans (Observation n° 35), ayant une tumeur volumineuse siégeant à 6 cm de l'anus . Au cours de la dissection de la cloison recto-vaginale par l'équipe périnéale, on détermine une petite ouverture de la face postérieure du vagin .

- Enfin, le dernier cas a été observé chez une femme de 63 ans (Observation n° 33), porteuse d'une tumeur siégeant au ras de la marge de l'anus . Elle présentait une adhérence marquée avec la face postérieure du vagin . On est obligé d'ouvrir largement celui-ci et de réséquer un bon fragment .

En conclusion :

Blessure urétérale	1 cas
Ouverture de la vessie	2 cas
Lésion de la prostate	4 cas
Ouverture du vagin	4 cas

Ces **blessures** opératoires exclusivement provoquées par l'opérateur périnéal, se produisent surtout lorsque la tumeur est adhérente, rendant difficile la dissection . C'est dans ces cas difficiles qu'il est recommandé de bien repérer les uretères et de les disséquer dans leur trajet pelvien .

Dans ce bloc d'adhérence où les rapports anatomiques sont remaniés, la **disséction** doit être minutieuse . Il est prudent de ne rien sectionner sans avoir procédé au préalable, à une indentation soigneuse .

FISTULES VESICALES

Deux fistules vésicales ont été observées .

- Une fistule qui a fait son apparition au 8e jour, chez un homme de 59 ans (Observation n° 14) .

Au moment du décollement antérieur, l'opérateur périnéal a provoqué une plaie accidentelle de la vessie qui a été refermée en deux plans .

Au 8e jour, apparition de la fistule vésicale avec écoulement de l'urine par la plaie périnéale .

Fistule vérifiée à la cystoscopie et à la cystographie siégeant au niveau du bas fond vésical, du côté droit, de la taille d'une pièce de 50 centimes . Elle s'est refermée spontanément au bout de deux mois et demi, retardant la cicatrisation de la plaie périnéale .

- L'autre malade est une femme de 62 ans (Observation n° 38) qui a fait au 10e jour une fistule vésico-vaginale .

Cette malade avait un cancer du col utérin propagé au rectum et nous lui avons fait un Brunschwig partiel, enlevant les loges génitale et intestinale .

Sa fistule a nécessité une cystostomie qui, à cause de l'envahissement néoplasique a été rendue définitive .

Cette malade, porteuse de deux infirmités graves, a vécu près de deux ans (20 mois) .

A noter que chez elle, l'intervention très difficile avait été marquée par la blessure de l'uretère droit .

Les fistules vésicales semblent apparaître précocement (8e et 10e jours) et se développent chez les malades qui ont eu une lésion vésicale per-opératoire dans une zone plus ou moins infiltrée par le processus néoplasique .

LES TROUBLES URINAIRES

Dans les jours qui suivent l'intervention, les malades sont laissés en sonde à demeure . Celle-ci est enlevée généralement au 6e-7e jour . C'est après l'ablation de la sonde que l'on peut observer des complications urinaires .

A - LES RETENTIONS D'URINE .

Elles s'observent dans les premiers jours qui suivent l'ablation de la sonde . Les malades ont des difficultés ou ne peuvent plus uriner . On peut leur faire des petits lavages pour exciter la motricité vésicale et si ces troubles persistent, on les sonde deux fois par jour ou on les remet en sonde à demeure .

B - LES INFECTIONS URINAIRES .

Au cours de l'intervention, la vessie a été plus ou moins énervée . Il en résulte des troubles de la motricité vésicale, une sorte de parésie de la vessie qui se laisse distendre . Après la miction, la vessie ne se vide plus complètement et il en résulte une stase urinaire prédisposant à l'infection . Ces infections urinaires sont graves, d'autant plus qu'elles surviennent chez un malade fatigué, en mauvais état général .

Nous avons observé deux cas graves .

- Un homme de 81 ans (Observation n° 21) chez qui s'est développé au 30e jour une infection sévère . Le malade qui était en très mauvais état est mort 4 jours plus tard .

- Un autre cas, chez un malade (Observation n° 31) qui nous fait au 12e jour une grosse infection urinaire qui n'a pu être jugulée que par une association judicieuse d'antibiotiques .

Ces infections surviennent parfois chez les malades soumis à un traitement antibiotique systématique . D'où la nécessité d'y associer au moindre doute un traitement (désinfectant urinaire) spécifique .

C - L'INCONTINENCE .

L'incontinence est une complication plus grave, gênant les malades dans leurs activités . Nous avons deux cas qui ont tous deux apparu tardivement .

Dans la première observation (Observation n° 11), le malade n'a eu aucun troubles urinaires dans les suites opératoires . Il a commencé à perdre ses urines qu'un an après l'intervention .

Dans la deuxième observation (Observation n° 47), l'incontinence a fait son apparition trois mois après l'intervention sans qu'il y ait eu auparavant aucun trouble .

A noter que chez ces deux malades, l'intervention du côté périnéal n'a été marquée par aucune lésion du sphincter uréthral . L'uréthroscopie n'a révélé aucune cause pouvant expliquer cette incontinence .

D - Enfin un de nos malades (Observation n° 8) a présenté trois ans après une lithiase vésicale, peut être sans rapport avec l'am-

pûtatîon du rectum . -Lithiase vésicale avec de nombreuses concrétions calcaires incrustées dans l'urêthre membraneux (malade ayant eu une blessure vésicale) - .

Ces troubles urinaires (rétention et surtout incontinence) outre la gêne qu'ils procurent au malade, présente une certaine gravité . Ils favorisent la stase qui est un excellent milieu de culture . On connaît bien la ténacité de ces infections urinaires contre lesquelles les antibiotiques n'ont pas toujours une action rapide .

LA FIEVRE

Tous les opérés ont été soumis systématiquement à un traitement antibiotique . Chez certains d'entre eux, s'est manifestée une température franchement anormale . Nous avons constaté que cette ascension thermique, qui se développe sous antibiotique, est due :

— soit, à une infection urinaire . Nous en avons observé deux cas (Observations n° 21 et 31),

— soit, à une rétention ou un abcès périnéal (Observations n° 24, 47 et 50) .

Dans un cas (Observation n° 32), il s'agissait d'un abcès intra-abdominal ayant entraîné une occlusion du grêle .

Signalons qu'aucune infection pulmonaire post-opératoire n'a été relevée .

Dans chaque cas, la température est revenue progressivement à la normale après traitement de l'agent causal .

Chez ces opérés, l'apparition d'un clocher fébrile doit faire suspecter d'abord une infection urinaire, un abcès périnéal ou plus rarement un hématome infecté de la paroi .

MAUVAIS FONCTIONNEMENT DE L'ANUS

Dans nos observations, nous avons noté deux cas de mauvais fonctionnement de l'anوس . Ce trouble à l'évacuation des matières se situe au niveau de l'orifice pariétal de l'anوس . L'intestin est étranglé dans un passage trop étroit au niveau de la couche musculaire, mais surtout au niveau de l'aponévrose . D'où la nécessité de pratiquer au moment de la mise en place de l'anوس, un large débridement aponévrotique .

- Notre première observation de mauvais fonctionnement de l'anوس a été relevée chez une femme (Observation n° 17) .

Dans les suites, l'anوس fonctionne de façon satisfaisante .

Trois semaines après l'intervention, les difficultés commencent, la malade souffre au niveau de l'abdomen qui est légèrement météorisé .

Le toucher montre un anus rétréci comme étranglé au niveau de la paroi .

Réintervention sous anesthésie générale . Débridement cutané et aponévrotique . L'anوس se remet à fonctionner de façon satisfaisante .

- La deuxième observation est également une femme (Observation n° 44), opérée le 31 juillet 1961 . La malade, 4 jours après, est ballonnée et très gênée par les gaz qu'elle n'arrive pas à évacuer . Pas de niveau liquide à la radio .

On essaie de passer une sonde par l'anوس, mais on a l'impression que celle-ci bute à 3 ou 4 cm de l'orifice cutané .

On réintervient et/en profondeur, on sectionne à l'angle supérieur de la plaie une aponévrose un peu serrée qui semblait brider l'anus .

Celui-ci se met à fonctionner très bien et les suites sont simples . La malade a fait cependant une petite fistulette au niveau de l'orifice pariétal qui s'est refermée spontanément au bout d'un mois .

Les mauvais fonctionnements de l'anus sont provoqués par l'étranglement de l'intestin au moment de son passage dans la paroi . L'orifice pariétal doit être large, surtout au niveau de l'aponévrose du grand oblique qui constitue le principal agent d'étranglement .

ABCES DE PAROI

Nous avons relevé dans cette statistique, deux abcès de paroi importants .

Ces abcès sont apparus dans les deux cas, dans les suites d'une réintervention pour occlusion du grêle, réintervention qui a été pratiquée par la même incision médiane .

- Dans un cas (Observation n° 32), l'apparition de l'abcès a été précoce, au 8e jour de la réintervention .

- L'autre abcès de paroi s'est manifesté tardivement, au 25e jour de l'intervention, abcès grand, ayant nécessité un débridement sous anesthésie générale .

A la suite d'une réintervention, surtout si on utilise la même incision, il faut toujours se méfier de la formation d'un abcès de paroi . Ces abcès qui sont parfois importants, peuvent prolonger l'hospitalisation de plusieurs semaines et entraîner secondairement une éventration .

EVENTRATIONS

Deux cas d'éventration ont été observés chez nos opérés .

- Le premier cas (Observation n° 36), a été noté chez un homme de 55 ans, en mauvais état général et porteur d'une hypertrophie ventriculaire gauche associée à une coronarite .

Ce malade qui était dans un état de ~~mis~~ère physiologique avec dénutrition importante et hypoprotéinémie, nous a fait au 15^e jour de l'intervention, une désunion importante de la plaie abdominale .

Malgré tous les soins généraux et infirmiers mis en oeuvre chez ce malade, l'état général s'est aggravé et le malade est décédé au 3^e jour de l'intervention .

- La deuxième éventration (Observation n° 46) a été observée chez un malade qui a subi une réintervention pour occlusion du grêle . 15 jours après désunion pariétale importante, éventration au niveau de laquelle se développe une fistule du grêle .

Le malade a été réopéré par une incision latérale de sa fistule du grêle, mais l'éventration est tellement importante (perte de substance) qu'on renonce à la réparer dans le même temps . Une plastie (greffe de peau) a été envisagée et réalisée deux mois plus tard .

A noter que ce malade avait un état général très altéré et qu'il était porteur d'une insuffisance ventriculaire gauche .

COMPLICATIONS LIEES A L'HYPOPROTEINEMIE :

ESCARRES SACREES

Deux malades ont présenté des escarres aux points d'appui . Il s'agissait dans les deux cas de sujet en très mauvais état général, dénutris et hypoprotéinémiques, de surcroît anorexiques .

- L'un d'eux, un vieillard de 81 ans (Observation n° 21) chez qui s'est installée une diarrhée rebelle, associée à des vomissements que l'on a d'abord attribués aux antibiotiques . Ces troubles persistent malgré la suppression de ceux-ci et l'administration intensive de ferments lactiques et de vitamines .

Des escarres sacrées apparaissent et s'étendent de plus en plus . L'état général s'aggrave, un tableau d'infection urinaire s'installe et le malade meurt au 33e jour de l'amputation .

- La seconde observation d'escarre concerne un malade plus jeune (55 ans) en très mauvais état, dénutri, hypoprotéïnémique et porteur d'une cardiopathie chronique .

Chez ce malade (Observation n° 36) qui a fait une éventration se sont développées des escarres sacrées et talonnières malgré tous les soins préventifs qui ont été mis en oeuvre . L'état de ce malade s'est progressivement aggravé et il est décédé au 31e jour de l'intervention .

PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE AU NIVEAU DE L'ANUS GAUCHE

Deux malades sont revenus consulter pour un prolapsus muqueux au niveau de l'anus gauche . Ces prolapsus étaient favorisés par l'aspiration de la poche que les malades gardaient pendant la nuit .

Dans un cas (Observation n° 11), le prolapsus s'est réduit spontanément dès que le malade a cessé de porter sa poche en permanence .

Dans l'autre cas (Observation n° 41), ce prolapsus était tellement important qu'il a fallu pratiquer une résection de la muqueuse .

Pour éviter cet incident, il est conseillé aux malades qui portent des poches adhésives, de les enlever pendant la nuit, pour les remplacer par un pansement . Par ailleurs, la suppression des poches pendant la nuit a l'avantage de diminuer les risques d'irritation cutanée .

AUTRES COMPLICATIONS

Une phlébite . Une de nos opérées (Observation n° 26) a fait une phlébite au 15e jour de l'intervention . Il s'agissait d'une malade qui n'avait pas été mise au traitement anti-coagulant .

Une atelectasie pulmonaire . Le lendemain de l'intervention un de nos opérés (Observation n° 18) a été pris d'une dyspnée intense avec tachycardie et cyanose périphérique . L'examen clinique et radiologique a permis de déceler une atelectasie de tout le lobe inférieur du poumon droit . A noter chez ce malade que l'intubation et l'anesthésie se sont déroulées normalement . Aucun incident n'avait été noté pendant l'intervention et au moment du réveil .

Une élongation du plexus brachial . Une malade (Observation n° 12) a présenté un syndrome radiculaire du membre supérieur droit dû à une élongation du plexus brachial . Ce bras qui portait la perfusion a été étiré pendant l'intervention .

Ces troubles ont bien réagi à un traitement physio-thérapique intensif entrepris précocement .

L'EVOLUTION DE LA PLAIE PERINEALE

L'évolution de la plaie périnéale est toujours très longue . Sa cicatrisation demande au minimum un mois . Souvent elle n'est obtenue qu'après deux à trois mois, voire même six mois en cas de fistule périnéale .

Cette lenteur de cicatrisation est due à plusieurs facteurs :

- 1°) le mode de drainage utilisé,
- 2°) l'insuffisance de fonctionnement du drain provoquant une rétention dans la concavité sacrée et nécessitant une réouverture de la plaie,
- 3°) les fistules périnéales,
- 4°) enfin, la possibilité de récurrence .

a) Le mode de drainage utilisé joue un rôle certain dans la durée de fermeture de la plaie périnéale .

Dans les drainages par drain et lame de Pauchet, associés à une ou plusieurs mèches de tamponnement, il est évident que l'on est obligé de laisser le périnée largement ouvert . Généralement la plaie demande un à deux mois pour se refermer, en dehors de toute complication . Dans deux cas cependant (Observations n° 18 et 29), nous avons obtenu une fermeture complète en moins d'un mois .

Avec la fermeture du périnée sous dépression aspirative réalisée avec les drains de Redon, nous avons l'impression que la durée de fermeture de la plaie périnéale est nettement moins longue.

Mais notre expérience est encore trop limitée pour conclure valablement .

b) L'insuffisance du drainage et la réouverture de la plaie périnéale .

Le drainage périnéal doit chercher la meilleure manière d'évacuer le sang ou la sérosité qui se collecte dans la concavité sacrée chez l'opéré qui est obligé de rester au lit dans les suites immédiates de l'intervention . L'hémostase est toujours difficile à réaliser de façon parfaite et le sang se collecte dans le fond du sacrum . C'est dans les premiers jours, avant qu'il ne se forme un caillot organisé que le drain doit assurer, par tous les artifices possibles, son évacuation . Si non, cet hématome qui est en contact avec le milieu extérieur septique, ne manquera pas de s'infecter provoquant un abcès périnéal qu'il faudra évacuer par la réouverture de la plaie périnéale . Trois fois, nous avons été amenés à rouvrir largement le périnée .

Une fois chez une femme (Observation n° 24) qui a été drainée à l'aide d'un gros drain périnéal associé à deux mèches de tamponnement . Dans les suites opératoires, rien à signaler du côté périnéal et la malade pouvait quitter l'hôpital en bon état au 45e jour . La plaie périnéale était propre, souple, en bonne voie de cicatrisation, mais elle n'était pas complètement refermée .

Trois mois après l'intervention, la malade est revenue avec un abcès périnéal important ayant nécessité un large débridement

A noter que cette malade a fait une récurrence périnéale cinq mois après son amputation .

Les deux autres observations de rétention périnéale ont été relevées toutes les deux chez les opérés drainés à l'aide de 4 drains aspiratifs de Redon .

L'un est un homme (Observation n° 47) chez qui on a noté à partir du 4e jour, une ascension thermique progressive non expliquée par l'état général, ayant nécessité au 8e jour, malgré le fonctionnement des Redon, une réouverture de la plaie périnéale . On évacue du sang et des caillots épanchés dans la concavité s_2 créée et on met en place un gros drain . La plaie périnéale s'est refermée au 3e mois

L'autre observation est une femme (Observation n° 50) qui a présenté après l'ablation des drains de Redon, au 19e jour de l'intervention, un mouvement fébrile associé à une rougeur de la région périnéale . On désunit largement le périnée pour évacuer un hématome infecté et on met en place une lame de Pauchet et un gros drain périnéal . La malade a quitté la clinique au 36e jour de son amputation, son périnée était propre, mais pas encore cicatrisé .

c) La mauvaise qualité des tissus .

Chez les malades porteurs de tumeurs volumineuses, avec réaction inflammatoire, ou s'accompagnant d'une infiltration des tissus avec oedème sous-péritonéal, la plaie périnéale se referme très lentement . Il existe souvent une suppuration périnéale persistante, nécessitant le maintien du drainage ou la mise en place d'une petite mèche pendant plusieurs semaines . Dans ces cas (Observations n° 35, 38, 48) la plaie périnéale demande parfois plusieurs mois pour se refermer .

LES FISTULES PERINEALES

Les fistules périnéales sont des complications fréquemment observées dans l'évolution de la plaie périnéale . Ces fistules peuvent évoluer pendant un temps assez long et dans notre série, nous en avons vu persister entre trois mois et un an .

Ces fistules périnéales se voient souvent dans l'évolution d'une plaie périnéale qui ne s'est jamais refermée . Mais elles peuvent réapparaître secondairement au niveau d'un périnée qui était parfaitement cicatrisé .

Nous avons relevé une dizaine d'observations de degré variable pour lesquelles nous avons essayé de chercher une cause locale que nous n'avons toujours retrouvée dans bien des cas . Mais nous avons constaté que ces fistules périnéales coïncidaient avec un des éléments suivants :

1°) Réouverture de la plaie périnéale pour rétention purulente dans la concavité sacrée (Observation n° 47) . La fistule périnéale qui a nécessité un curettage du trajet, ne s'était pas refermée au 3e mois .

2°) La résection du coccyx . Dans nos premières observations, nous pratiquions la résection d'une ou de plusieurs pièces coccygiennes pour diminuer la concavité du sacrum et faciliter le drainage chez le malade couché .

Dans deux cas (Observations n° 15 et 16), nous avons eu l'impression que la fistule périnéale était entretenue par une petite ostéite développée au dépend du fragment coccygien restant.

3°) Les fils métalliques utilisés pour le rapprochement des releveurs .

Nous avons dit que lorsque les releveurs se mettaient en tension, les fils d'acier blessaient les malades provoquant une douleur périnéale qui pouvait évoquer la possibilité d'une récurrence alors qu'il n'en est rien . Le frottement de ces fils métalliques entraîne une irritation des parties molles de la région qui, lorsque la plaie périnéale persiste, entretient l'infection et alimente la fistule périnéale .

Dans 4 cas (Observations n° 4, 6, 15 et 19) la fistule qui a été curettée, n'a guéri qu'après l'ablation des fils métalliques.

4°) Fistule vésicale .

Dans un cas (Observation n° 14), la fistule était manifestement entretenue par une fistule vésicale qui infectait en permanence la région périnéale . La fistule vésicale s'est refermée spontanément au bout de trois mois, mais la fistule périnéale a été nettement plus longue à guérir .

5°) Enfin, dans trois cas, la fistule périnéale n'était associée à aucun élément pouvant laisser entrevoir une relation de cause à effet (Observations n° 35, 44 et 46) . Dans ces trois cas, nous avons observé que l'intervention du côté périnéal était difficile et qu'il s'agissait de tumeur bas située, adhérente, ayant infiltrée les tissus voisins .

6°) Dans deux cas, la fistule périnéale a précédé une récurrence au niveau du périnée. Chez un homme (Observation n° 15) où la plaie du périnée était complètement cicatrisée , on a assisté à la réapparition d'un petit trajet fistuleux deux ans après . Douze mois après la fistule, le malade faisait une récurrence périnéale

avec métastase péritonéale .

Chez une autre malade (Observation n° 24), l'apparition d'un abcès périnéal au 3e mois a précédé l'apparition de la récurrence périnéale au 5e mois .

LA DUREE D'HOSPITALISATION POST-OPERATOIRE

Nous avons compté la durée d'hospitalisation à partir de la date de l'intervention .

Précisons que les malades sont opérés après une période de préparation variable avec leur état local et général et qui est en moyenne d'une semaine environ .

La durée d'hospitalisation ainsi comprise est variable, plus ou moins longue suivant les complications post-opératoires que présente le malade .

Mis à part les sept décès que nous avons enregistrés, la répartition de la durée d'hospitalisation post-opératoire se décompose comme suit :

- Moins de 30 jours	: 8 cas
- de 30 à 35 jours	: 9 cas
- de 35 à 40 jours	: 9 cas
- de 40 à 50 jours	: 6 cas
- de 50 à 60 jours	: 4 cas
- au-dessus de 60 jours	: 7 cas

a) Parmi les malades qui ont eu moins d'un mois d'hospitalisation précisons qu'il y a eu :

- une sortie au 17e jour
- une sortie au 18e jour
- une sortie au 20e jour
- deux sorties au 24e jour
- deux sorties au 26e jour
- une sortie au 28e jour

Signalons qu'il s'agit surtout de malades qui ont été opérés en clientèle privée . Parmi eux cependant il y a une malade opérée à l'hôpital à qui nous avons autorisé la sortie au 17e jour . Tous ces malades ont eu des suites opératoires excellentes . Les malades partent avec une plaie périnéale non cicatrisée . Nous autorisons la sortie dès que l'état général et local le permet avec une plaie périnéale propre, souple . Les malades sont confiés à leur médecin qui contrôle leur pansement .

Dans deux cas (Observations n° 18 et 29), les malades sont partis avec une plaie périnéale complètement cicatrisée en moins d'un mois .

b) Parmi les opérés qui sont restés hospitalisés de 30 à 35 jours, nous relevons une complication post-opératoire ; une réintervention au 10e jour pour occlusion du grêle, compliquée d'un abcès de paroi important (sortie au 35e jour de l'intervention) .

c) Pour les 7 malades qui ont eu plus de deux mois d'hospitalisation post-opératoire, nous retrouvons des complications graves :

- une fistule vésicale
- une fistule vésico-vaginale
- une occlusion associée à un abcès de paroi
- deux occlusions avec fistule secondaire du grêle suivies dans un cas d'une éventration importante .

En résumé, la durée d'hospitalisation post-opératoire de nos malades est en moyenne d'un mois . Les malades partent en général avec une plaie périnéale propre, souple, mais non cicatrisée au niveau de laquelle il y a lieu de faire encore quelques pan-

sements .

Les hospitalisations supérieures à deux mois sont les faits de malades qui ont présenté une complication grave . Bien souvent ces malades quittent l'hôpital avec une plaie complètement cicatrisée .

LES DECES POST-OPERATOIRES

Dans notre statistique nous déplorons 7 morts : 2 femmes et 5 hommes, soit 14 % - .

A - CHOC OPERATOIRE : Deux cas .

L'un, une femme de 53 ans est notre première observation . L'intervention s'est déroulée très simplement et de façon satisfaisante .

La tension qui était à 15 au début de l'intervention est tombée à 9 au moment de la dissection de la pièce en avant et de son ablation . La malade a été bien équilibrée . Sa tension est revenue à la normale . L'opérée a été remontée dans son lit immédiatement après l'intervention . Dans la demi-heure qui suivait elle faisait un choc irréversible alors qu'elle n'était pas encore réveillée . Ce choc mortel est probablement dû au fait que cette malade a été remontée trop tôt dans son lit .

Depuis, nous laissons les malades sur la table d'opération ou dans la salle de réanimation, en poursuivant la réanimation et l'oxygénothérapie jusqu'à ce qu'il soit bien réveillé et que tout danger de choc soit écarté : tension normale, puls régulier, bien frappé, bonne coloration du visage et des téguments .

L'autre, est un homme de 68 ans (Observation n° 30) en arythmie complète avec hypertrophie ventriculaire gauche, porteur d'une volumineuse tumeur grosse comme un poing, collée aux parois du petit bassin, dont l'ablation aurait été impossible sans le concours des deux équipes.

Ce malade qui avait une tension à 14, a fait une chute tensionnelle à 7 au moment de l'ablation de la pièce.

En fin d'intervention, il a fait une défaillance cardiaque irréversible malgré tous les moyens mis en oeuvre par la réanimation.

Deux malades sont morts à la suite d'une :

B - REINTERVENTION POUR OCCLUSION (2 cas) .

Une femme de 58 ans (Observation n° 22) est morte au 8e jour de l'amputation, le soir de la réintervention.

La malade^a très bien supporté l'intervention qui s'est déroulée de façon typique, sans aucune difficulté pour l'équipe abdominale avec une bonne péritonisation pélvienne.

L'anus fonctionne pendant deux jours.

Au 5e jour post-opératoire, apparition de nausées puis de vomissements, oligurie et augmentation de l'urée sanguine à 1 g 10. Le ventre est de plus en plus ballonné et l'anus ne fonctionne plus au 7e jour.

L'augmentation de l'urée sanguine fait reculer la date de la réintervention que l'on pratique au 8e jour. A la laparotomie, pas d'obstacle, toutes les anses sont libres. Dans le fond du Douglas, on trouve une anse grêle, sans aucune striction appa-

rente, sans aucune bride qui, sur une longueur de 20 cm environ est absolument ratatinée, du volume d'un crayon, dure, épaissie au doigt et complètement oblitérée .

Les segments sus et sous-jacents, sont normaux . On pense à une iléite, un infarctus, mais on ne voit pas d'hématome ni de ~~thrombose~~ dans le méso .

Sous l'effet de l'infiltration novocainique, il semble que le calibre et la couleur de l'anse s'améliorent .

A la fin de l'intervention, l'état général est alarmant et la malade meurt le soir même de cette réintervention .

Le deuxième malade mort d'occlusion, est un homme de 69 ans (Observation n° 13) . L'intervention s'est déroulée de façon satisfaisante pour l'équipe supérieure avec quelques difficultés pour l'équipe périnéale .

Le choc est bien compensé .

En post-opératoire, l'anus n'a pas fonctionné dans les délais normaux . Le ventre est ballonné, mais la sonde gastrique ne ramène rien . On décide de réintervenir au 5e jour de l'amputation .

A la laparotomie, le transverse est très dilaté mais aucun obstacle sur le grêle qui ne présente pas de modification du calibre . Très peu de liquide dans le ventre, pas de pus . Quelques fausses membranes limitées . Vidange du colon gauche par une sonde introduite par l'anus . Quelques gaz, mais pas de matières .

Une petit sonde de Pezzer dans le transverse anormalement dilaté et petits lavages qui ne donnent rien .

Après réintervention, le malade est très fatigué, en mauvais état .

L'anus fonctionne de façon capricieuse .

L'état général décline de plus en plus et le malade meurt, 15 jours après la réintervention et au 19e jour de l'amputation .

C) PERITONITE .

Un malade est mort au 6e jour, le soir d'une réintervention pour une : Péritonite .

Il s'agit d'un homme de 52 ans (Observation n° 48) . L'intervention chez ce malade s'est déroulée de façon typique . Mais au moment de la constitution de l'anus iliaque gauche définitif, on a pratiqué une recoupe intestinale motivée par une vascularisation douteuse au niveau du segment terminal .

L'anus gauche n'a pas fonctionné dans les délais normaux .

Le malade est fébrile et de plus en plus ballonné .

Réintervention au 6e jour . On trouve une quantité importante de liquide d'aspect intestinal dans le ventre .

Les anses grêles sont dilatées et une des anses est accolée à l'orifice péritonéal de l'anus .

Découverte de l'extrémité colique libre dans la cavité abdominale qui est sphacélée sur deux centimètres environ .

On installe un anus gauche au-dessus du précédent .

Le malade est très fatigué, il a mal supporté la réintervention . Il est décédé le soir même .

D) Deux malades sont morts :

- d'un syndrome de dénutrition avec hypoprotéïnémie,

- associée à une altération profonde de l'état général .

L'un, un homme de 55 ans est mort au 31e jour de l'inter-

vention (Observation n° 36) . Il présentait un cancer du rectum très évolué, à la limite de l'excrèse et dont l'ablation s'est montrée très laborieuse . Ce malade souffrait d'une double cardiopathie chronique, d'hypertrophie ventriculaire gauche associée à une coronarite .

Cet opéré qui nous a donné beaucoup de souci en per et en post-opératoire, a fait :

- au 15e jour une désunion importante de la plaie abdominale,
- avec apparition d'escarres sacrées, malgré tous les soins généraux et infirmiers mis en oeuvre,

L'état général s'est aggravé de plus en plus et le malade meurt au 31e jour de l'intervention .

L'autre, est un homme (Observation n° 21) âgé de 81 ans .

Ce vieillard porteur d'un cancer assez évolué a très bien supporté l'intervention et l'anesthésie .

Aucun signe de choc pendant et après l'opération qui, chez lui s'est déroulée de façon typique .

L'anus fonctionne bien au début, puis l'apparition de diarrhée et de vomissements bilieux, sans ballonnement abdominal que l'on a d'abord attribué aux antibiotiques .

Ces troubles persistent et l'état général décline de plus en plus : apparition d'escarres sacrées, d'infection urinaire surajoutée et le malade meurt au 33e jour de l'intervention .

En résumé, les causes des décès post-opératoires s'établissent comme suit :

Choc opératoire	: 2 cas
Occlusion post-opératoire	: 2 cas
Peritonite	: 1 cas
Dénutrition et mauvais état général	: <u>2 cas</u>
Total :	7 cas

CONSIDERATIONS
SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La quasi totalité des rectums amputés ont été examinés par le même anatomo-pathologiste, le Docteur Jobard .

A - Au point de vue macroscopique, il s'agit surtout de tumeurs ulcéro-infiltrantes, de diamètre variable, le plus souvent implantées sur la demi-circonférence antérieure du rectum .

La localisation néoplasique est généralement unique . Dans un cas cependant, nous avons trouvé deux foyers néoplasiques étagés bien distincts et distants de 5 cm environ .

L'étendue en hauteur de la lésion n'est jamais très importante . Une seule fois, nous avons rencontré une infiltration s'étendant sur 8 cm .

B - Au point de vue histologique, la lésion est, dans la majorité des cas, un épithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum (adénocarcinome Lieberkuhnien) . Dans quelques cas, la structure histologique était plus au moins atypique, sans jamais soulever aucune hésitation sur la nature maligne de la tumeur .

Pour les segments extrêmes, nous avons relevé trois cas d'épithélioma malpighien au voisinage de la marge de l'anus . A l'autre

extrémité, la tumeur rectale avait, dans deux cas, la structure d'un épithélioma de type colique .

C - L'extension de la tumeur. Tous les cancers du rectum opérés, se trouvaient déjà à un stade avancé . Aucune tumeur n'était uniquement localisée à la muqueuse . Dans tous les cas, la musculuse était intéressée par le processus néoplasique .

a) Bien souvent, la tumeur avait pris une extension locale importante détruisant non seulement la musculuse et la séreuse, mais envahissant le tissu cellulaire périrectal . Dans 22 de nos observations, les formations tumorales infiltrent le tissu cellulo-adipeux périrectal .

b) L'extension ganglionnaire est également importante dans notre série . Sur les pièces examinées, le nombre de ganglions envahis est variable . Dans 20 observations, l'anatomo-pathologiste a trpuvé des métastases ganglionnaires .

D - Existe-t-il une relation entre l'envahissement ganglionnaire e le degré d'extension locale de la tumeur ?

Les métastases ganglionnaires, ont été généralement retrouvées sur les pièces où l'extension locale des lésions atteignait le tissu cellulo-graisseux péri-rectal . Cependant, dans quelques cas de tumeurs manifestement très évoluées, aucun ganglion envahi n'a pu être retrouvé à l'examen .

E - Signalons parfois la présence de certaines lésions associées .

- L'association du cancer à un ou plusieurs polypes est la plus fréquemment rennontrée . Nous avons relevé 4 cas :

a) chez un malade, le plus jeune de nos opérés (29 ans)

(Observation n° 28), il existait un nombre important de polypes sessiles ou pédiculés de toute taille au niveau desquels l'anatomo-pathologiste a trouvé deux foyers d'épithélioma cylindrique . S'agissait-il d'une polypose rectale familiale ?

Chez les trois autres malades, le cancer était associé à un ou deux polypes situés à distance de la lésion néoplasique .

b) Dans un autre cas, c'est l'association du cancer à une diverticulose de la partie basse du sigmoïde (diverticule non enflammé - observation n° 36) .

c) Une triple association cancer-polype et diverticule a été notée une fois (Observation n° 41) . Le cancer siégeait à 1,5 cm de la marge de l'anus ; à 30 cm environ de l'anus sur le sigmoïde, petit polype pédiculé de 8 m/m de diamètre ; deux centimètres plus haut, important diverticule de 1,5 cm de diamètre, limité par une muqueuse bien conservée .

d) Enfin, dans un cas (Observation n° 50) ,un des trois ganglions recueillis sur la pièce renfermait de nombreux follicules géanto-épithéloïdes à centre nécrotique, dans lesquels ont été mis en évidence quelques bacilles acido-résistants . Il s'agissait vraisemblablement d'une banale adénite tuberculeuse évoluant au voisinage de la zone tumorale .

LES AVANTAGES ET LES INCONVENIENTS DES DEUX EQUIPES

I - AVANTAGES .-

L'amputation abdomino-périnéale à deux équipes présente incontestablement des avantages . On lui reconnaît surtout :

- sur le plan technique, une plus grande facilité de l'intervention,
- un élargissement des indications opératoires,
- un raccourcissement de la durée totale de l'intervention,
- une plus grande facilité de péritonisation du petit bassin,
- enfin, une diminution du risque de choc opératoire .

A - Facilités Techniques .-

Le travail à deux équipes rend véritablement l'intervention plus facile . L'abord abdomino-périnéal simultané, facilite la recherche et la libération des plans de clivage, notamment :

- en avant, entre la tumeur d'une part, la prostate et la vessie d'autre part .
- en arrière, où l'équipe inférieure passant au ras du sacrum, présente le bon plan à l'équipe abdominale .

- latéralement surtout, où la libération d'un aileron plus ou moins infiltré est facilitée par l'autre équipe, ce qui permet une exérèse plus large par la ligature des vaisseaux au ras de la paroi pelvienne .

L'hémostase est beaucoup plus facile à contrôler, grâce au jour excellent obtenu sur l'ensemble de la cavité pelvienne . Dès que les deux équipes se sont rejointes "les éclairages se conjuguent pour vésicaliser de façon extraordinaire" les régions où ont lieu les ligatures difficiles . Celles-ci sont généralement pratiquées par l'équipe la mieux placée .

Enfin, signalons que par ce procédé, l'uretère qui constitue un danger permanent, est parfaitement contrôlé, depuis le détroit supérieur jusqu'à sa terminaison dans la vessie .

B - L'élargissement des Indications opératoires .-

De cette facilité technique découle un autre avantage, c'est l'accroissement des possibilités d'exérèse . Il en résulte une augmentation sensible du pourcentage d'opérabilité . Ce qui permet d'étendre les indications de l'amputation même chez des sujets âgés à des tumeurs avancées, très adhérentes, fixées, qu'il aurait été impossible d'extirper convenablement par un autre procédé .

C - Le raccourcissement de la durée totale de l'intervention

A deux équipes, avec des opérateurs entraînés, une amputation abdomino-périnéale dure en moyenne une heure et demie à deux heures . En principe, le temps ne doit pas entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'une intervention de cette importance . Signalons cependant, que la prolongation de l'anesthésie constitue

un facteur non négligeable de choc opératoire .

D - Facilité de Péritionisation du petit bassin .-

La péritionisation^{qui} à toujours été un temps difficile et délicat dans l'amputation classique, est véritablement aisée par le procédé à deux équipes . Cette péritionisation ne se fait plus sur un dôme soulevé par la tumeur, tassée dans le petit bassin avec compresse protectrices écraseur de de Martel, etc... qui tendent le péritoine et refoulent la vessie, mais au fond d'un entonnoir de péritoine sans tension, avec une vessie qui monte en haut et en arrière et des points qui ne déchirent pas . Cette péritionisation stricte qui évite les occlusions post-opératoires, permet toujours de refermer l'abdomen sans drainage .

E - Diminution du choc opératoire .-

Cette diminution du choc opératoire résulte surtout de la suppression du changement de position de l'opéré en cours d'intervention . Cette manoeuvre, comme on peut le constater, est notoirement choquante .

Le passage du temps abdominal au temps périnéal, entraîne par la surélévation des deux membres inférieurs et du bassin, une modification importante du régime circulatoire . Le malade anesthésié, supporte mal ces a-coups hydrauliques qui surchargent brusquement le ventricule droit pouvant entraîner une défaillance cardiaque brutale .

II - INCONVENIENTS .-

Face aux nombreux avantages du procédé, l'utilisation simultanée des deux équipes, pour l'amputation du rectum, peut, dans certains cas, présenter quelques inconvénients . Ils sont au nombre de quatre .

1°) Le Problème du local et de l'instrumentation .-

Les trop petites salles d'opérations, la limitation en matériel sont des empêchements à l'exécution du procédé synchrone . Si on ne peut pas tout avoir en double, il vaut mieux s'abstenir . Les deux équipes qui travaillent en collaboration, doivent cependant jouir d'une indépendance absolue pour tout ce qui concerne le matériel .

2°) La position du malade .-

Le malade étant installé une fois pour toute dans une position qui permet aux deux équipes de travailler simultanément, cette position représente donc indiscutablement un compromis . Aucun des deux opérateurs n'a devant lui le champ aussi bien exposé que s'il était seul et le malade installé pour lui seul . Ce compromis doit être étudié entre les deux opérateurs, avant l'intervention, chacun faisant à l'autre concession de ce qui ne lui est pas indispensable .

3°) Les opérateurs .-

Les deux chirurgiens sont appelés à partager la responsabilité d'une intervention majeure pouvant entraîner de graves complications . Certains caractères s'accommodent mal d'un partage des responsabilités . Cet aspect du problème n'est pas négligeable

C'est peut-être là une des critiques sérieuses à formuler à l'égard des opérations à deux équipes . Dans la chirurgie d'équipes, la seule vraie difficulté est la constitution de l'équipe . L'exécution d'un tel procédé est évidemment plus facile au sein d'une équipe chirurgicale déjà rodée . C'est une chirurgie d'Ecole . Mais il n'en reste pas moins vrai que des chirurgiens très différents d'âge et de formation peuvent aisément la réaliser .

4°) Le choc opératoire .-

Certains accusent l'intervention à deux équipes de favoriser le choc opératoire . Une chute tensionnelle peut se produire si les deux champs opératoires saignent abondamment . Cette chute tensionnelle est généralement sans aucun retentissement si l'opéré est bien compensé . L'accélération du débit de la perfusion suffit généralement à rétablir la tension à son niveau normal .

Aux termes de ces réflexions critiques, les inconvénients s'effacent devant les énormes avantages de l'intervention à deux équipes . De plus, ces inconvénients deviennent de plus en plus rares avec la modernisation des centres chirurgicaux et la constitution de plus en plus fréquente d'équipes chirurgicales .

- C O N C L U S I O N S - ---

I - L'amputation abdomino-périnéale à deux équipes a été pratiquée dans une série homogène de 50 observations dont l'intérêt réside dans le fait que tous ces malades ont été traités suivant la même technique par les mêmes chirurgiens et suivis par les mêmes anesthésistes .

Ainsi pratiquée, cette technique nous a toujours donné satisfaction .

II - Dans notre statistique, nous avons enregistré sept décès post-opératoires, soit 14 % :

- 2 morts de choc opératoire,
- 2 cas à la suite de réintervention pour occlusion,
- 1 cas après réintervention pour péritonite par nécrose de l'anus,
- 2 décès tardifs, (aux 31e et 33e jours) pour dénutrition et mauvais état général chez des sujets âgés .

III - Parmi les principales complications, nous relevons :

1°) 7 occlusions post-opératoires ayant entraîné une réintervention, mortelle dans deux cas . Ces occlusions se développent dans la majorité des cas par accollement d'une anse sur un moignon de péritonisation . D'où la nécessité de bien faire attention et de

soigner le surjet de la suture péritonéale .

2°) Les fistules du grêle (2 cas) semblent n'apparaître qu'après réintervention .

3°) Un cas de blessure urétrale et 2 cas de blessure vésicale ont été provoqués exclusivement par l'équipe périnéale . Dans ces cas, la dissection très difficile, était gênée par l'adhérence de la tumeur, ce qui entraîne une modification des rapports anatomiques .

4°) Deux cas de fistule vésicale apparus après blessure vésicale ou urétérale, dont l'une s'est refermée spontanément ; l'autre s'est transformée en fistule incurable ayant nécessité une cystostomie définitive .

5°) Les troubles urinaires ne sont pas négligeables. A côté des rétentions et des infections urinaires, nous avons noté deux cas d'incontinence d'urine .

IV - Cette expérience nous a révélé :

A) l'importance de l'état pulmonaire pré-opératoire dont les troubles peuvent se manifester à un stade où ils sont souvent irréversibles . Cette surveillance pulmonaire nous a paru aussi importante, sinon plus, que celle des lésions cardiaques .

B) Signalons la toujours très difficile et incomplète préparation intestinale . Il est souvent difficile d'assurer l'évacuation et la stérilisation de l'intestin sus-jacent .

C) Le procédé à deux équipes présente à notre avis des avantages majeurs et indiscutables . Il permet de faire une exérèse plus large . L'abord abdomino-périnéal facilite la recherche et la libération des plans de clivage, permettant ainsi la ligature des

vaisseaux au ras de la paroi pelvienne .

L'hémostase est plus facile à contrôler, grâce au jour excellent obtenu sur l'ensemble de la cavité . Dès que les deux équipes se sont rejointes, les éclairages "se conjuguent pour visualiser" de façon étonnante les régions où ont lieu les ligatures difficiles .

La péritonisation si importante dans la prévention des occlusions post-opératoires, est aisément réalisée . Elle ne se fait plus sur un dôme soulevé par la tumeur tassée dans le petit bassin .

De tout ceci, il découle une très grande facilité :

- d'exérèse,
- d'hémostase et de la surveillance des hémorragies au niveau de la cavité disséquée,
- de la fermeture péritonéale,
- du contrôle des uretères depuis le détroit supérieur jusqu'à sa terminaison dans la vessie .

D) La technique à deux équipes entraîne une nette diminution du choc opératoire , par la suppression du changement de l'opéré en cours d'intervention , si les deux précautions suivantes sont bien respectées :

- lenteur des gestes,
- surveillance rigoureuse,

de l'opéré au cours et surtout après l'intervention .

1°) La lenteur des gestes est une recommandation primordiale . La progression des équipes doit se faire, de part et d'autre, lentement, avec douceur, sans précipitation ni brutalité, sans



esprit de compétition .

2°) L'anesthésiste doit être généreux en sang et en oxygène . En per-opératoire, la quantité de sang injecté doit être supérieure à la perte réelle évaluée pendant l'intervention .

3°) Il doit redoubler de vigilance au moment des tractions et du pull-through et de la remise à l'horizontalité (qui doit être lente et progressive entre une demi-heure et une heure), surtout pendant les deux moments **cruciaux** que constituent :

- la mise sur le brancard et la remontée du malade dans son lit,
- la chute tensionnelle qui peut se produire après le réveil, au cours de la première nuit .

E) La méthode présente encore d'autres avantages .

1°)-Elle évite le plus souvent la résection du coccyx, source de choc opératoire de retard de cicatrisation, de douleurs et infections tardives .

Signalons encore :

2°) - le raccourcissement de la durée opératoire qui est en moyenne d'une heure et demie à deux heures .

3°) - l'élargissement des indications opératoires permettant : l'ablation de cancers évolués plus adhérents, qui normalement à une équipe, auraient été abandonnés à un simple anus gauche et l'extension de la méthode aux sujets âgés qui, grâce à une préparation minutieuse, bénéficient avantageusement de l'amputation .

4°) - Enfin, avec l'utilisation des drains aspiratifs de Redon, nous avons constaté un raccourcissement de la durée de cicatrisation de la plaie périnéale .

F) Insistons sur l'avantage matériel indiscutable apporté par :

1°) la valve tractrice (dispositif de Jacques Marnet),
2°) la large mèche introduite par l'abdomen et par le périnée, nouée autour de la symphyse qui refoule en haut et en avant, la vessie chez l'Homme et l'utérus chez la Femme .

3°) la nécessité d'une équipe de chirurgiens parfaitement entraînée et l'atmosphère de totale confiance mutuelle qui doit régner au sein des équipes dont l'interchangeabilité permet à chacun de se familiariser avec les pièges du pelvis abordé par en haut comme par en bas .

V - Face aux nombreux avantages, l'intervention à deux équipes peut présenter quelques inconvénients dont l'un des plus importants pourrait être :

A) la constitution même des équipes . Signalons que l'intervention peut être réalisée en utilisant le dispositif à deux équipes, mais avec un seul chirurgien qui va de l'abdomen au périnée

B) La liberté de manoeuvre des chirurgiens peut être parfois gênée par la position du malade, mais ceci est largement compensé par les avantages du procédé et l'absence de changement de position de l'opéré au cours même d'intervention .

VI - Au total, cette pratique à deux équipes bien rodées, nous paraît tellement simplifiée et avantageuse pour les opérés, qu'il nous semble plus envisageable d'opérer ces malades par une toute autre méthode .

- O B S E R V A T I O N S -

Observation n° 1.-

L.... Marie, 53 ans, vient consulter pour hémorroïdes .

A l'examen : cancer du rectum, implanté sur la face antérieure de l'ampoule à 6 cm de la marge de l'anus, infiltrant la cloison recto-vaginale .

Le 12.10.1951, amputation abdomino-périnéale à deux équipes à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

découvre deux masses néoplasiques dont l'une est à 6 cm de la marge de l'anus, l'autre à 7 cm au-dessus de la première et de la grosseur d'une pomme .

Intervention difficile pour l'équipe supérieure . Pas d'hystérectomie .

Péritonisation satisfaisante . Anus gauche définitif .

Equipe Inférieure (Dr Billard)

Pas de résection du coccyx .

Quelques difficultés pour libérer la pièce en avant .

Rapprochement des releveurs au fil métallique .

Drainage : une mèche et un drain périnéal .

Comportement vis à vis de l'intervention .

Chute tensionnelle modérée au moment de la libération de la pièce en avant .

Perfusion per-opératoire : deux flacons de sang .

Suites opératoires .

Tension artérielle normale en fin d'intervention .

Choc opératoire mortel dans la demi-heure qui a suivi le retour de l'opéré dans son lit, probablement dû au fait que le malade a été transportée trop vite dans son lit après l'intervention.

Anatomie pathologique : Epithélioma glandulaire typique, tubuliforme du rectum .

Observation n° 2 .-

C.... Jules, 74 ans, présente un cancer du rectum étendu en hauteur, dont le pôle inférieur est à 5 cm de la marge de l'anus, évoluant depuis plusieurs mois chez un malade en mauvais état général.

Le 6.6.1953, amputation abdomino-périnéale à deux équipes à la Clinique Saint Grégoire (Tours) .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Dissection difficile en avant et latéralement à cause de l'adhérence de la tumeur au plan vésico-prostatique .

Bonne péritonisation . Anus gauche .

Equipe inférieure (Pr Vialle)

Pas de résection coccygienne .

Difficulté en avant . Rapprochement des releveurs au fil métallique . Un gros drain périnéal .

Intervention satisfaisante, pas de chute tensionnelle .
Deux flacons de sang en per-opératoire .

Les suites opératoires sont simples .

Plaie périnéale propre, mais non cicatrisée au 53e jour, à la sortie de la Clinique .

Anatomie pathologique : Epithélioma glandulaire typique, tubuliforme du rectum avec des îlots de cellules atypiques .
Pas d'envahissement ganglionnaire .

Revu 18 mois après, pour des troubles urinaires en rapport avec un adénome prostatique . Bon état général et local . Périnée complètement cicatrisé . Aucun signe de récidence .

Observation n° 3 .-

CH..... Thérèse, 57 ans, présente à l'examen un cancer de l'ampoule rectale à 5 cm de la marge de l'anus .

Le 15.2.1954, amputation abdomino-périnéale à deux équipes à la Clinique Saint Grégoire (Tours) .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Intervention facile, sans difficulté pour l'équipe supérieure, conservation de l'utérus . Bonne péritonisation . Anus gauche .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Intervention facile . Peu hémorragique . Un gros drain périnéal .

Légère chute tensionnelle au moment de la libération de la pièce . Deux flacons de sang .

Suites opératoires

Occlusion du grêle, 15 jours après l'amputation . Réintervention qui trouve une anse grêle accolée à la ligne de péritonisation . Etat général précaire, mais les suites sont satisfaisantes.

Fistule du grêle, 13 jours après la réintervention qui a été réopérée .

La malade quitte la clinique au 105e jour en bon état : le périnée est cicatrisé .

Anatomie pathologique : épithélioma glandulaire tubuliforme typique du rectum . 4 des 6 ganglions recueillis sont envahis par des métastases .

Revue : 7 mois après l'amputation .
Récidive locale et périnéale
Mort au 10e mois .

Observation n° 4 .-

P.... Marie, 55 ans; envoyée pour hémorroïdes . A l'examen, cancer de l'ampoule rectale à 5 cm de l'anus, relativement mobile .

Le 3.3.1956, amputation abdomino-périnéale à deux équipes, à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Intervention facile pour l'équipe supérieure .
Conservation de l'utérus et péritonisation satisfaisante .
Anus gauche .

Temps périnéal (Dr Billard)

Intervention difficile en avant et latéralement .
Releveurs au fil métallique .
Une mèche et un drain périnéal .

Intervention satisfaisante

Aucun signe de choc . Un flacon de sang en per-opératoire .

Suites opératoires, normales . Départ au 3le jour avec une plaie périnéale propre et souple .

Anatomie pathologique : Epithélioma glandulaire tubuliforme typique du rectum , Aucun ganglion envahi .

Revue : 6 mois après : petite fistulette périnéale .
Après deux ans et demi, bon état, pas de signe de récidive .
4 ans après, en excellent état général et local . Aucun signe de récidive .

Observation n° 5 .-

G..... Denise, 53 ans, soignée depuis trois ans par la radiothérapie de contact pour cancer anal . Apparition d'un cancer de l'ampoule rectale à 5 cm de l'anus .

Le 4.5.1956, amputation abdomino-périnéale à deux équipes à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Intervention difficile en avant et à droite . Pas d'hystérectomie, bonne péritonisation, fermeture par un drain aspiratif. Anus gauche .

Temps périnéal (Dr Billard)

Sans difficulté . Rapprochement des releveurs au fil d'acier :

Deux mèches et un drain .

Intervention peu hémorragique . Choc léger bien compensé par la perfusion (deux flacons de sang en per-opératoire) .

Suites opératoires

Occlusion du grêle au 16e jour de l'amputation . Reintervention qui permet de sectionner une bride au niveau de la ligne de péritonisation .

Abcès de paroi, 15 jours après .

Départ au 3e mois en bon état général et local . La plaie périnéale est cicatrisée .

Anatomie pathologique : Epithélioma malpighien baso-cellulaire . Pas de métastase ganglionnaire .

Revue, 15 mois après l'amputation pour des douleurs sciatiques (métastases osseuses) et récurrence périnéale .

Observation n° 6.-

G..... Henri, 41 ans, porteur d'un cancer du canal anal en avant à 4 cm de l'anus . Bon état général .

Le 17.9.56, Amputation abdomino-périnéale à deux équipes, à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Un peu difficile en avant et latéralement .

Bonne péritonisation, anus gauche .

Drain de paroi .

Temps périnéal (Dr Billard)

Dissection en avant gênée par l'adhérence de la tumeur à la prostate .

Fil métallique sur les releveurs .

Un gros drain métallique et une mèche .

Intervention sans difficulté

Chute légère de la tension artérielle en cours d'intervention
Deux flacons de sang en per-opératoire .

Suites opératoires

Excellentes .

Départ au 24e jour en bon état .

Plaie périnéale propre, souple, pas complètement cicatrisée .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum . Un ganglion envahi .

Revue, 3 ans et 2 mois après, en excellent état, très bon résultat fonctionnel, aucun signe de récurrence .

Observation n° 7.-

M..... Jean, 73 ans, cancer à 8 cm de la marge de l'anus chez un malade âgé, mais en bon état général .

Le 9.12.1956, amputation abdomino-périnéale à deux équipes, à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Tumeur palpable sous le péritoine . Ligature difficile de l'hémorroïdale moyenne . Péritonisation facile : anus gauche .

Temps périnéal (Dr Billard)

Intervention sans difficulté pour l'équipe inférieure . Fil métallique sur les releveurs . Une lame de Pauchet et un gros drain .

Bonne hémostase . Chute tensionnelle au moment de l'intubation et de l'ablation de la pièce . Malade bien équilibrée, a eu un flacon de sang .

Suites opératoires

au 8e jour, réintervention pour occlusion .

On trouve une bride au niveau de la ligne de péritonisation . Suites satisfaisantes .

Quitte la clinique au 47e jour, non complètement cicatrisée .

Histologie : Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum . Pas de ganglion envahi .

Revu, 15 mois après pour une nouvelle occlusion du grêle . On fait un Noble .

Deux ans après, en excellent état . Bon résultat fonctionnel . Aucun signe de récurrence .

Observation n° 8 .-

CH.... Emile, 62 ans, porteur d'un cancer du canal anal,

très adhérent en avant, à la prostate et à la face postérieure de la vessie .

Le 20.4.57, amputation abdomino-périnéale à deux équipes, à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Intervention difficile pour l'équipe supérieure à cause de l'adhérence de la tumeur à la face postérieure de la vessie .

Péritonisation correcte . Anus gauche .

Temps périnéal (Dr Billard)

Résection du coccyx .

Intervention difficile pour l'équipe inférieure obligeant à réséquer une tranche prostatique et les vésicules séminales, et déterminant une plaie de la face inférieure de la vessie .

Drainage : une mèche, une lame de Pauchet et un drain .

Intervention difficile, mais peu choquante et peu hémorragique (un flacon de sang) .

Les suites opératoires sont excellentes :

Cystoscopie de contrôle normale,

Départ au 30e jour avec un périnée en bonne voie de cicatrisation .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique tubuliforme typique du rectum . 3 ganglions envahis par des métastases .

Revu, 3 ans et 7 mois après l'amputation,
pour des troubles urinaires (lithiase vésicale)
Pas de récidence . Bon état général .

Observation n° 9.-

PR.... Valentine, 78 ans, atteinte d'un cancer du rectum, implanté sur la face antérieure de l'ampoule rectale , à 5 cm de la marge de l'anus, envahissant la face postérieure du vagin .

Le 25.4.57, intervention à la Clinique Saint Grégoire .
Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Quelques adhérences

Pas d'hystérectomie

Opération facile pour l'équipe supérieure

Anus iliaque gauche définitif .

Equipe inférieure (Pr Vialle)

Incision habituelle

Résection des deux dernières pièces coccygiennes

Opération difficile pour l'opérateur périnéal, surtout en avant à cause des adhérences de la tumeur à la face postérieure du vagin, ayant nécessité une ouverture de celui-ci et la résection d'une partie de sa paroi postérieure .

Reconstitution du plancher périnéal au fil métallique .

Drainage : un gros drain , une mèche .

Intervention difficile en bas, mais satisfaisante et peu hémorragique malgré les difficultés de l'hémostase . Pas de choc .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Les 2 ganglions lymphatiques recueillis ne sont pas envahis par des métastases .

Suites opératoires, excellentes .

Bon fonctionnement de l'anus

Aucun trouble urinaire

La malade quitte la clinique en bon état au 36e jour .

La plaie périnéale n'est pas complètement cicatrisée, mais elle est en bonne voie .

Observation n° 10.--

P.... Maria, 57 ans, envoyée par son médecin pour une diarrhée glaireuse et des rectorragies .

A l'examen, cancer du rectum, implanté à la face antérieure du rectum, à 9 cm,5 de la marge de l'anus, non mobile sur les plaies antérieures .

Le 3.7.1957, intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours).
Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Volumineux néo au niveau de la zone de réflexion du péritoine . Conservation de l'utérus .

Intervention sans difficulté majeure pour l'équipe abdominale . Bonne péritonisation . Anus gauche définitif .

Un drain aspiratif sortant par l'angle inférieur de l'incision médiane .

Equipe inférieure (Dr Billard)

La dissection est difficile en avant à cause de l'adhérence de la tumeur à la face postérieure du vagin .

Drainage : un gros drain périnéal .

Intervention satisfaisante très peu hémorragique .
Aucun signe de choc : un flacon de sang en per-opératoire .

Suites opératoires excellentes .

L'anus fonctionne bien une fois par jour .

La malade quitte la clinique au 37^e jour .

La plaie périnéale est propre, souple, en bonne voie de cicatrisation complète .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Un seul ganglion lymphatique recueilli au voisinage de la tumeur est envahi par des métastases .

Revue, le 22 Mai 1958, soit un an après .

L'anus fonctionne bien une fois par jour

Mange normalement, a repris plusieurs kilogrammes

Supporte bien son infirmité

Aucun signe de récidive locale ou générale .

Observation n° 11 .-

G.... Moise, 53 ans, vient consulter pour des rectorragies révélateurs d'un cancer du canal anal, à un cm de la marge de l'anus .

Le 25.7.57, amputation abdomino-périnéale à deux équipes dans le service du Pr Vialle au C.H.R. Bratonneau de Tours .

Temps abdominal (Dr Billard)

Opération facile pour l'équipe supérieure .

Péritonisation satisfaisante . Anus Gauche .

Temps périnéal (Pr Vialle)

Opération laborieuse avec quelques difficultés d'hémostase .

Rapprochement des releveurs au fil d'acier .

1 drain et 2 mèches périnéales .

Intervention hémorragique avec état de choc (chute tensionnelle de 16 à 9), bien équilibrée . A reçu 3 flacons de sang en per-opératoire .

Les suites sont normales, marquées par quelques troubles urinaires .

Quitte le service au 70^e jour en bon état . La plaie périnéale est à peu près cicatrisée, il persiste un petit pertuis .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum . Pas de ganglion envahi .

Revu, 20 mois après .

A repris 7 kilogs

Quelques troubles urinaires (incontinence et petit prolapsus au niveau de l'anus)

A repris son travail

Pas de signe de récurrence .

Observation n° 12 .-

B.... Simone, 44 ans, ayant eu un mois auparavant une hystérectomie pour un volumineux fibrome, présentant un cancer à 7 cm de la marge de l'anus, sans infiltration de la cloison recto-vaginale .

Le 26.7.57, Amputation abdomino-périnéale à deux équipes à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Temps abdominal (Dr Billard)

Libération de quelques adhérences . Aucune difficulté opératoire . Péritonisation correcte . Anus gauche .

Temps péritonéal (Pr Vialle)

Intervention facile pour l'équipe inférieure . Rapprochement des releveurs au fil métallique .

Une mèche et un drain .

Intervention non hémorragique, aucun signe de choc . Deux flacons de sang per-opératoire .

Suites opératoires normales .

Elongation du plexus brachial droit et régression sous l'effet du traitement physiothérapique .

Départ au 26e jour en bon état local .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum . Un ganglion envahi sur .6 .

Revue, 6 mois après en bon état local et général

Aucun signe de récurrence .

Observation n° 13 .-

M.... Georges, 69 ans, porteur d'un cancer du rectum assez volumineux, implanté sur la face antérieure, à 8 cm de la marge de l'anus, adhérent en avant au plan antérieur .

Intervention le 5.8.57 à la Clinique Saint Grégoire (Tours)
Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Intervention facile pour l'équipe supérieure . Bonne
péritonisation .

Anus gauche définitif .

Drain aspiratif sortant par l'angle inférieur de la plaie .

Equipe inférieure (Pr Castaing)

Ablation des pièces coccygiennes .

Opération difficile pour l'équipe inférieure en avant et
latéralement à cause de l'adhérence de la tumeur aux organes
voisins .

Reconstitution du périnée au fil métallique .

Drainage : 4 mèches et un gros drain .

Intervention difficile par en bas, mais satisfaisante pas
trop hémorragique (état de choc modéré) .

Suites opératoires

Elles sont difficiles

L'anus gauche ne fonctionne pas

Le ventre est ballonné et la sonde gastrique ne ramène que peu
de liquide .

Craignant : une occlusion

un volvulus ou un sphacèle de l'anse extériorisé.

Réintervention : Occlusion .

On décide de réintervenir le 10 Aout 1957, soit 5 jours après
l'amputation .

Le transverse est très dilaté, mais il n'y a aucun obstacle
sur le grêle qui ne présente aucune modification du calibre .

Très peu de liquide dans le ventre, mais pas de pus . Quelques
fausses membranes limitées .

Vidange du colon gauche par une sonde introduite par l'anus
gauche . Quelques gaz partent, mais pas de matière .

Une petit sonde de Pezzer dans le transverse anormalement
dilaté . Des petits lavages pratiqués, à sérum salé, par cette sonde
ne donnent rien .

Après cette réintervention, le malade est très fatigué, en
mauvais état .

L'anus fonctionne un peu de façon capricieuse . L'état général
décline de plus en plus .

Décès le 24 Aout 1957 : 15 jours après la réintervention
19 jours après l'amputation .

Anatomie pathologique ; Epithélioma cylindrique typique
tubuliforme du rectum .

Les deux ganglions recueillis ne contiennent pas de métas-
tases .

Observation n° 14 .-

B.... Alexis, 54 ans, porteur d'une tumeur placée à 4 cm de la marge de l'anus . Très adhérente en arrière et en avant .

Le 5 Aout 1957, amputation abdomino-périnéale à deux équipes dans le service du Pr Vialle au C.H.R. Bretonneau de Tours .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Intervention difficile pour l'équipe supérieure à cause de l'adhérence de la tumeur .

Péritonisation .

Anus gauche .

Temps périnéal (Dr Billard)

Intervention difficile pour l'équipe inférieure à cause des adhérences de la tumeur, ce qui amène :

- une blessure de la vessie
- une ouverture accidentelle du rectum
- l'ablation d'une lame prostatique

Une mèche et un drain périnéal .

Intervention difficile très hémorragique, marquée par un état de choc . A reçu quatre flacons de sang ^{en} per-opératoire .

Suites opératoires

Fistule vésicale au 8e jour, vérifiée à la cystoscopie et à la cystographie, qui s'est refermée spontanément au 3e mois .

La plaie périnéale, surinfectée par la fistule, a été très longue à cicatriser .

Anatomie pathologique : Epithélioma cubique typique tubuliforme du rectum . Pas de ganglion envahi .

Observation n° 15 .-

R... Julien, 52 ans, présente un cancer évoluant depuis plus d'un an, siégeant sur la face postérieure du rectum, à 10 cm de la marge de l'anus et très peu mobile .

Le 12 Aout 1957, amputation abdomino-périnéale à deux équipes à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Décollement difficile en arrière et surtout à gauche .

Péritonisation satisfaisante .

Anus gauche .

Un drain abdominal .

Temps périnéal (Pr Castaing)

Ablation du coccyx . Intervention difficile pour l'équipe inférieure, surtout au niveau de l'aileron moyen .

Une mèche et un drain périnéal .

Intervention difficile mais satisfaisante, sans aucun signe de choc . Deux flacons de sang en per-opératoire .

Les suites opératoires sont simples .

Le malade quitte la clinique au 40e jour . Le périnée est en bonne voie de cicatrisation .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum . Deux ganglions sont envahis par des métastases .

Revu, deux ans après :

en bon état général . L'anus fonctionne bien .

Douleurs périnéales dues au fil métallique dont on pratique l'ablation . Petite fistule périnéale .

Aucun signe de récurrence .

Trois ans après l'amputation, récurrence locale et générale .

Observation n° 16 .-

A.... Alphonse, 65 ans, cancer du rectum évoluant depuis 18 mois, siégeant à 6 cm de la marge de l'anus très volumineux envahissant toute la circonférence de l'ampoule .

Le 13 Aout 1957, amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Décollement difficile en arrière et du côté gauche .

Bonne péritonisation, anus gauche .

Temps périnéal (Pr Castaing)

Résection du coccyx . Intervention difficile pour l'équipe inférieure surtout en avant et à gauche .

Deux mèches et un drain .

Intervention satisfaisante, peu hémorragique, sans aucun choc .

Les suites opératoires sont simples . Quelques troubles urinaires . Départ au 40e jour avec une plaie périnéale en bon état .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum . Pas d'envahissement ganglionnaire .

A noter la présence de deux polypes muqueux pédiculés à 34 et à 40 cm de l'anus, sans signe de transformation maligne .

bien . Revu, 8 mois après en bon état général . L'anús fonctionne

Périnée souple, mais petite fistulette au niveau de la section coccygienne .

Observation n° 17 .-

S.... Albertine, 69 ans, dont le cancer siège au niveau du canal anal (face antérieure) à 1 cm de la marge de l'anús .

Le 16 Aout 1957, amputation abdomino-périnéale à deux équipes à la Clinique Saint Grégoire (Tours) .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Intervention facile pour l'équipe supérieure . Pas d'hystérectomie . Bonne péritonisation . Anús gauche .

Temps périnéal (Dr Castaing)

Ablation du coccyx . Décollement laborieux de la tumeur en arrière . Ligature difficile de l'aileron moyen gauche . Deux mèches et un gros drain .

Intervention peu hémorragique, sans aucun signe de choc . Deux flacons de sang en pré-opératoire .

Les suites opératoires sont simples .

Debridement au niveau de l'orifice pariétal de l'anús . Sortie au 40e jour avec une plaie périnéale en bonne voie de cicatrisation .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum . Pas d'envahissement ganglionnaire .

Revue quatre mois après, en bon état général . L'anús fonctionne bien et le périnée complètement cicatrisé .

Observation n° 18 .-

D... Robert, 37 ans, cancer de la face postérieure de l'ampoule rectale, à 3 cm de la marge de l'anús, relativement mobile .

Le 20 Aout 1957, amputation abdomino-périnéale à deux équipes au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Décollement de l'angle colique gauche et abaissement du sig-

moide au périnée .

Intervention facile pour l'équipe supérieure .

Temps périnéal (Dr Billard)

Résection du coccyx . Intervention facile . Anus périnéal sur tube de Paul . Un Mickuliz et une lama de Pauchet .

Intervention satisfaisante, sans aucun choc .

Les suites opératoires :

Le lendemain, atélectasie (lobe inférieur du poumon droit),
Régularisation de l'anus au 20e jour,
Sorti au 36e jour, la plaie périnéale est cicatrisée .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum . Pas d'envahissement ganglionnaire .

Revu, 8 mois après, a repris 12 kilogrammes, l'anus fonctionne une fois par jour sous l'action du régime et d'une pilule d'opium deux fois par semaines ; supporte bien son anus périnéal. N'est nullement impuissant .

Observation n° 19 .-

P.... Rémy, 52 ans, présentant un cancer bas situé à un cm de la marge de l'anus, avec adénopathies inguinales bilatérales .

Le 29 Septembre 1957, amputation abdomino-périnéale au C.H.R. de Tours .

Temps abdominal (Pr Vialle)

Tumeur mobile en arrière, mais adhérent en avant à la prostate . Intervention sans difficulté pour l'équipe supérieure . Anus gauche .

Temps périnéal (Dr Buchet)

Intervention difficile en avant à cause de l'adhérence à la prostate dont on enlève un fragment postérieur .

Un drain et deux mèches .

Intervention marquée par un état de choc de moyenne gravité 2 flacons de sang .

Les suites opératoires sont simples :

Départ au 37e jour,

Revient deux mois après pour une petite suppuration périnéale
Curettage .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum . Pas de métastase ganglionnaire .

Observation n° 20 .-

P.... DAMien, 46 ans, porteur d'un cancer du volume d'une mandarine, implanté sur la paroi antérieure du rectum, à 6 cm de l'anus .

Le 2 Septembre 1957, amputation abdomino-périnéale à deux équipes au C.H.R. de Tours (service du Professeur Vialle) .

Temps abdominal (Dr Billard)

Tumeur volumineuse adhérente au péritoine vésical . Clivage sans difficultés majeures . Abaissement du colon pour un anus périnéal

Temps périnéal (Pr Vialle)

Résection du coccyx . Intervention difficile en avant . Hémostasie difficile de la veine sacrée moyenne .

Anus périnéal sur tube de Paul .

Une lame de Pauchet et un gros drain .

Intervention assez hémorragique marquée par des difficultés d'hémostase .

Les suites opératoires sont normales .

L'anus fonctionne bien .

Sortie au 50e jour en bon état . La plaie périnéale est propre souple, mais non cicatrisée .

Anatomie pathologique ; Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum .

Pas de ganglion envahi .

Observation n° 21 .-

P.... Alexandre, 81 ans, atteint d'un cancer de l'ampoule^{la} rectale, siégeant au niveau de sa face antérieure, à deux cm de marge de l'anus, infiltrant un peu le plan antérieur (vessie et prostate) .

Intervention le 18 Septembre 1957 à la Clinique Saint-Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

L'équipe supérieure (Pr Vialle)

Décollement laborieux en avant car la tumeur adhère à la vessie et à la prostate . Bonne péritonisation .

Anus iliaque gauche définitif .

Fermeture sans drainage .

L'équipe inférieure (Pr Castaing)

Ablation du coccyx .

Dissection en avant de la masse tumorale en passant au ras de la prostate et de la vessie .

Rapprochement des releveurs au fil d'acier .

Drainage : une mèche et un drain .

L'intervention s'est déroulée de façon satisfaisante chez ce malade âgé de 81 ans .

Aucun signe de choc

Suites opératoires :

Les suites opératoires sont difficiles chez ce malade .

L'anus a commencé à fonctionner normalement puis apparition de diarrhée puis de vomissements ^{bilieux} que l'on a d'abord attribué aux antibiotiques .

Ces troubles persistent malgré la suppression de ceux-ci et l'état général du malade s'aggrave de jour en jour .

Localement, l'aspect des plaies est satisfaisant .

Apparition d'escarres sacrées . Infection urinaire surajoutée . Le malade meurt au 33e jour de l'intervention .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Les deux ganglions lymphatiques recueillis ne contiennent pas de métastases .

Observation n° 22 .-

P.... Georgette, 58 ans, envoyée pour rectorragie et présentant à l'examen un cancer du canal anal à deux cm de l'anus .

Le 27 Septembre 1957, amputation abdomino-périnéale à deux équipes, à la clinique Saint Grégoire (Tours)

Temps abdominal (Pr Vialle)

Kyste de l'ovaire gauche nécessitant une ovariectomie . Pas d'hystérectomie . Aucune difficulté opératoire . Péritonisation satisfaisante . Anus gauche définitif .

Temps périnéal (Dr Billard)

Difficulté dans la dissection en avant à cause de l'adhérence du cancer à la face postérieure du vagin qui est ouverte .

Une mèche et un drain .

Intervention satisfaisante, sans aucun choc .

Les suites opératoires sont marquées par une occlusion du grêle ayant nécessité une réintervention au 8e jour . L'état général est alarmant (avec oligurie et augmentation rapide de l'urée sanguine) .

Décès le soir même de la réintervention .

Anatomie pathologique : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum . Deux ganglions lymphatiques sont envahis par des métastases .

Observation n° 23 .-

D.... André, 65 ans, opéré en 1943 d'un cancer du colon, atteint d'un cancer du rectum, siégeant sur la face antérieure de l'ampoule, à 6 cm de la marge de l'anus, cancer volumineux, bloquant le petit bassin et adhérent aux organes voisins .

Intervention le 5 Février 1958, à la clinique Saint-Grégoire (Tours) ; amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Laparotomie para-médiane gauche .

Gros foie alcoolique, mais pas de métastase, rien au péritoine .

Repérage des uretères, surtout le gauche .

Volumineux cancer du rectum, gros comme un poing adhérent en avant, en arrière et surtout à gauche, dont le décollement s'avère particulièrement difficile et serait pratiquement impossible sans le secours de l'équipe inférieure .

Hémostase difficile au niveau de l'hémorroïdale moyenne gauche au niveau de laquelle il existe un lacis veineux qui saigne beaucoup .

Anus iliaque gauche définitif.

Un drain aspiratif dans l'abdomen .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Incision triangulaire autour de l'anus .

Pas de résection du coccyx .

Très grosses difficultés en avant surtout où la tumeur tient solidement à la face postérieure de la prostate et de la vessie .

Reconstitution du périnée au catgut chromé .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain .

Intervention difficile chez ce malade à cause du volume et des adhérences de la tumeur . Intervention assez hémorragique à cause du développement d'un important lacis veineux au niveau du petit bassin .

Malgré les difficultés de l'intervention, le malade n'a pas présenté de signes de choc importants . Le malade a eu deux flacons de sang .

Les suites opératoires sont normales chez ce malade, ayant eu une intervention difficile .

L'anus a toujours bien fonctionné .

Aucun trouble urinaire .

La cicatrisation des plaies se fait normalement .

La malade quitte la clinique en bon état au 38e jour .

La plaie périnéale n'est pas complètement cicatrisée . Il reste encore quelques pansements à faire .

Anatomie pathologique :

Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum .

Les sept ganglions lymphatiques recueillis ne contiennent pas de métastases.

Observation n° 24 .--

D.... Alice, 64 ans, ayant été opérée en 1956 d'une hystérectomie subtotala qui s'est révélée être un néo du corps utérin à l'examen anatomo-pathologique, revient pour des rectorragies et présente un néo du rectum, implanté sur la face antérieure du rectum, à 8 cm de la marge de l'anus, comblant le cul de sac postérieur du vagin .

Etat cardiaque précaire : hypertrophie ventriculaire gauche à l'E.C.G. .

Intervention le 11 février 1958 au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle . Pelvectomie postérieure à deux équipes .

Equipe supérieure (Professeur Vialle)

Médiane sous-ombilicale . Pas de métastases . Le néo étendu en hauteur, envahit le bas sigmoïde et est très adhérent sur le côté gauche .

Décollement latéral gauche très difficile .

Anus gauche définitif .

Fermeture sous un drainage aspiratif de Redon .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Pas de résection coccygienne

Intervention difficile en avant emportant le moignon de col restant, le vagin et une partie du bulbe caverneux . Hémostase laborieuse

Drainage : deux mèches et un gros drain .

Comportement de la malade vis à vis du choc opératoire :

Tension artérielle au début de l'intervention : 15

Pouls régulier bien frappé.

Chute tensionnelle à 8 au moment de la rencontre des deux équipes . Remontée rapide .

Légère accélération du pouls .

La malade a reçu quatre flacons de sang .

Les suites opératoires sont simples .

L'anus fonctionne normalement .

La malade quitte le service au 45e jour en bon état .

La plaie périnéale est propre, elle est souple, mais elle n'est pas complètement fermée .

Trois mois après l'intervention : rétention purulente et abcès périnéal ayant nécessité un drainage .

Anatomie pathologique : Tumeur végétante et infiltrante à 8 cm de la marge de l'anus adhérente à la paroi du sigmoïde 18 cm plus haut .

Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum . Un seul ganglion a été retrouvé . Il ne contient pas de métastases .

Récidive : 5 mois après l'intervention, récédive périnéale de l'épithélioma du rectum .

Observation n° 25 .-

M..... Léone, 67 ans, vient consulter pour des Moelena, et présente un néo du rectum, implanté à la face antérieure de l'ampoule rectale, à 5cm de la marge de l'anus, infiltrant la cloison recto-vaginale .

Intervention au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle .

Le 17 Juin 1958, amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Pas d'hystérectomie de nécessité .

Intervention facile pour l'équipe supérieure . Péritonisation satisfaisante .

Fermeture sans drainage .

Anus iliaque gauche .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Décollement postérieur puis latéral et ligature des pédicules hémorroïdaux moyens .

Décollement antérieur plus difficile .

Ablation de la pièce .

Rapprochement des releveurs au catgut .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain périnéal .

Intervention satisfaisante, très peu hémorragique; léger état de choc . Deux flacons de sang en per-opératoire .

Les suites opératoires sont normales .

L'anus fonctionne bien .

La malade quitte le service au 60e jour en bon état .

La plaie périnéale est souple et en bonne voie de cicatrisation .

Histologie :

Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum et les Deux ganglions recueillis sont envahis par des métastases .

Observation n° 26 .-

F.... Andrée, 66 ans, vient consulter pour rectorragies et présente un cancer du rectum, implanté à la face antérieure de l'ampoule rectale, à 4 cm de la marge de l'anus infiltrant légèrement la cloison recto-vaginale .

Intervention au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle .

Le 2 Aout 1958, amputation abdomino-périnéale à deux équipes

Equipe abdominale (Dr Billard)

Tumeur très bas située à la palpation .
Décollement rétro-rectal et latéral et ligature des
hémorroïdaux moyens .
Décollement antérieur facile .
Peritonisation satisfaisante .
Anus iliaque gauche .
Fermeture sans drainage .
Pas d'hystérectomie .

Equipe périnéale (Dr Buchet)

Pas de résection du coccyx .
Intervention sans difficulté pour l'équipe périnéale, en
avant comme en arrière .
Rapprochement des releveurs au catgut chromé .
Une lame de Pauchet et un drain périnéal .

Intervention sans difficulté, satisfaisante , très peu hémorragique, marquée par un léger état de choc .

Les suites opératoires :

Phlébite au 15^e jour de l'intervention ayant bien cédé sous
l'action des anti-coagulants .
Bon fonctionnement de l'anus gauche .
La durée de l'hospitalisation : La malade rentre chez elle au
34^e jour en bon état et strictement apyrétique .
La plaie périnéale est souple et presque complètement cicatrisée

Anatomie pathologique :

Résection de 35 cm .
Tumeur ulcéro-infiltrante à 4 cm de la marge de l'anus et à
12 cm de l'anus, polype muqueux pédiculé de la taille d'une cerise .

Histologie :

Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .
Trois des cinq ganglions recueillis sont envahis par des métastases .

Observation n° 27.-

S..... Georges, 56 ans, porteur d'un cancer du rectum, siégeant au niveau de la face antérieure de l'ampoule, à 3 cm de la marge de l'anus, relativement mobile sur les plans antérieurs .

Intervention le 29 Novembre 1958, à la clinique Saint Grégoire (Tours), amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Professeur Vialle)

Décollement du rectum sans difficulté majeure . Hémostase facile
Bonne péritonisation .
Anus iliaque gauche définitif sur tube de Paul .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Pas de résection du coccyx .

Intervention facile pour l'équipe inférieure .

Hémostase sans difficulté .

Rapprochement des relieurs au catgut chromé .

Deux lames de Pauchet et un drain .

Comportement du malade vis à vis du choc .

L'intervention s'est déroulée normalement sans hémorragie importante .

Aucun signe de choc . Le pouls et la tension artérielle n'ont pratiquement pas varié pendant toute la durée de l'intervention .

Le malade a reçu un flacon de sang .

Bonne anesthésie .

Les suites opératoires sont normales, aucun trouble urinaire, bon fonctionnement de l'anus dès le début . Bonne cicatrisation .

Le malade quitte le service au 30^e jour en bon état .

La plaie périnéale est presque entièrement cicatrisée .

Anatomie pathologique :

Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Un seul ganglion lymphatique recueilli ne contient pas de métastases .

Observation n° 28 .-

O..... Claude, 29 ans, présentant un cancer du rectum, implanté sur la face antérieure de l'ampoule rectale, à 4 cm de la marge de l'anus, assez volumineux et adhérent à la prostate et à la face postérieure de la vessie en avant, au plan postérieur, en arrière .

Aspect de polypose rectale à la rectoscopie .

Intervention le 8 Janvier 1959 à la clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Volumineux cancer adhérent à la face postérieure de la vessie surtout à gauche . Clivage rétro-rectal difficile en raison du volume et des adhérences postérieures de la tumeur . Dissection moins difficile en avant .

Péritonisation satisfaisante .

Anus iliaque gauche définitif .

Equipe inférieure (Pr Vialle)

Libération difficile de la pièce en avant au ras de la face postérieure de la vessie et de la prostate, latéralement où il a fallu contrôler les uretères et en arrière . La ligature des hémorroïdaires moyens n'est possible que grâce à la synchronisation des deux équipes .

Rapprochement des releveurs au catgut .

Drainage : un drain et une lame de Pauchet.

Intervention difficile à cause du volume et des adhérences de la tumeur qu'il serait impossible d'enlever sans le secours des deux équipes . Aucun signe de choc .

Suites opératoires, excellentes .

Aucun trouble urinaire .

L'anus fonctionné de façon remarquable .

Le malade quitte la clinique en bon état au 30e jour . Sa plaie périnéale est presque complètement cicatrisée .

Anatomie pathologique :

Polypose rectale avec deux foyers de transformation maligne, l'un à 4,5 cm de la marge de l'anus et l'autre à 7 cm, avec de nombreux polypes sessiles ou pédiculés de toute taille .

Histologiquement, deux foyers d'épithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum sur polypose rectale .

Les différents polypes examinés montrent une hyperplasie polyadénomateuse des glandes de Lieberkhun .

Six des quinze ganglions lymphatiques recueillis sur la pièce opératoire sont envahis par des métastases .

Observation n° 29 .-

V..... Marcel, 57 ans, présentant un volumineux cancer du rectum, envahissant la circonférence du rectum et remontant assez haut vers le sigmoïde . Son pôle inférieur est à 8 cm de la marge de l'anus .

Intervention le 13 Février 1959 à la Clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Cancer fusiforme s'étendant sur une hauteur de 15 cm environ vers le sigmoïde .

Anse sigmoïdienne dilatée au-dessus et augmentation importante du calibre des vaisseaux .

Repérage des uretères et dissection de la tumeur dont la libération est difficile en avant et latéralement .

Mobilisation de l'angle gauche et anus iliaque gauche définitif.

Un drain abdominal .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Intervention moins difficile pour l'équipe inférieure .

Hémostase et ligature effectuées par l'équipe la mieux placée .

Rapprochement des releveurs au catgut .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain .

Comportement vis à vis de l'intervention :

Bonne anesthésie .

Intervention difficile mais très bien réussie grâce à la collaboration des deux équipes .

Pas de signes de choc importants .

Le malade a eu un seul flacon de sang

Suites opératoires excellentes .

L'anus fonctionne bien .

Pas de troubles urinaires .

Le Malade quitte la clinique en bon état, au 18e jour .

La plaie périnéale est propre, souple en bonne voie de cicatrisation .

Anatomie pathologique :

Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum .

Les cinq ganglions lymphatiques recueillis ne contiennent pas de métastases .

Revu, le 25 Mars 1959, soit un mois après .

Malade en bon état, a repris du poids .

L'anus fonctionne bien, une fois par jour . Est bien appareillé, pas de troubles urinaires , mais apparition d'une petite fistule périnéale entretenue par la présence d'un fil ,Curettage .
Le périnée est souple . Aucune douleur .

Observation n° 30 .- A... Roger, âgé de 68 ans, ayant un polype rectal connu depuis plusieurs années .À l'examen, masse tumorale, volumineuse, bourgeonnante, friable, à 2 cm de la marge de l'anus, très adhérente, surtout en avant, chez un malade fatigué, avec mauvais état cardiaque .

Le 9 Mai 1959, intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Masse tumorale très bas située, mais volumineuse (gros seur d'un poing) et très collée aux parois du petit bassin .

Repérage de deux uretères et dissection très difficile de la tumeur .

Anus gauche définitif .

Un drain abdominal .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Intervention difficile pour l'équipe inférieure .

Hémostase satisfaisante .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain .

L'intervention a été très difficile chez ce malade âgé .

Le procédé à deux équipes a rendu de grands services pour l'ablation de la tumeur car il aurait été très difficile de faire une amputation large en raison du volume de la pièce et de ses adhérences .

Comportement du malade vis à vis du choc opératoire .

Malade en mauvais état général et cardiaque, arythmie et hypertrophie ventriculaire gauche .

Tension artérielle à 14, pouls en rapport, mais irrégulier.

Le malade a fait une chute tensionnelle importante à 7 au moment de la libération difficile de la pièce .

Choc, importante irréversibilité par défaillance cardiaque, malgré tous les moyens mis en oeuvre par la réanimation .

Décès quelques heures après la fin de l'intervention, par défaillance cardiaque .

Anatomie pathologique :

A deux centimètres de l'anus, tumeur végétante et infiltrante .

A 1^o centimètres, petit polype muqueux pédiculé .

Histologiquement : Epithélioma cylindrique du rectum, de structure polymorphe (adéno-carcinome Lieberkhunien), typique et tubulo-papillaire en surface surtout, atypique et à disposition trabeculaire et lobulaire .

L'envahissement des voies lymphatiques apparaît extrêmement massif en profondeur, mais on ne trouve pas de ganglions isolés augmentés de volume et envahis par des métastases .

Observation n° 31 .-

N..... Robert, 58 ans, porteur d'un cancer de l'ampoule rectale, implanté à la partie haute de la face antérieure, à 8 cm environ de la marge de l'anus .

Le 3 Octobre 1959, intervention à la Clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Tumeur palpable sous le péritoine .

Libération du colon sigmoïde avec décollement colo-pariétal.

Incision du méso et ligature de la mésentérique inférieure .

Repérage des uretères et dissection difficile à droite où il existe de fortes adhérences de la tumeur à la paroi latérale droite du bassin .

Péritonisation satisfaisante . Anus gauche définitif .

Equipe inférieure (Pr Vialle)

La tumeur énorme, très adhérente en arrière, sur le plan sacré, est de dissection difficile .

Les hémorroidales moyennes saignent peu .

En avant, le décollement est assez aisé .

Rapprochement des releveurs au catgut .

Antibiotiques locaux . Fermeture sur drainage : une lame de Pauchet et un gros drain .

Intervention difficile pour l'équipe périméale. surtout, s'est très bien déroulée . Pas d'hémorragie notable . Bonne hémostase . Aucun signe de choc .

Suites opératoires :

Les suites sont bonnes, marquées par un clocher thermique au 12e jour (infection urinaire) .

L'anus fonctionné au 2e jour, trois fois par jour, puis deux fois, enfin une fois .

Le volume des urines est satisfaisant .

Il a quitté la clinique en bon état au 33e jour .

La plaie périnéale est propre, souple, presque cicatrisée .

Anatomie pathologique :

Tumeur ulcéro-infiltrante à 8 cm de la marge de l'anus .

Histologiquement : Epithélioma colique de structure polymorphe typique et surtout atypique (aspect trabéculaire ou colloïde) .

Deux ganglions lymphatiques isolés contiennent des métastases .

Observation n° 32 .-

P.... R bert, 56 ans, présente à l'examen un cancer du rectum dont le pôle inférieur, perceptible à bout de doigt, est à 13 cm de la marge de l'anus .

Devant le refus formel par le malade de l'anus gauche, on décide de faire une résection à deux équipes .

Le 10 Octobre 1959, Résection abdomino-périnéale à deux équipes à la clinique Saint Grégoire (Tours) .

Temps abdominal (Dr Billard)

Tumeur sous-péritonéale, très adhérente en avant à la vessie .

Décollement difficile, abaissement de l'angle gauche et anastomose par voie périnéale . Peritonisation . Caecostomie de décharge .

Temps périnéal (Pr Vialle)

Décollement et extériorisation par voie périnéale de l'anse sigmoïde . Suture colo-rectale à point séparé suivant le procédé de Gaudart d'Allaines .

Une lame de Pauchet et un gros drain .

Intervention satisfaisante, sans aucun choc .

Les suites opératoires sont marquées par une occlusion du grêle ayant nécessité une réintervention au 10e jour .

On trouve à la fonction , anse plate, anse dilatée, un abcès assez volumineux contenant un verre de pus environ, cloisonné par de l'épiploon . Il semble provenir d'un hématome formé aux dépens de l'épiploon .

Les suites de la réintervention sont marquées par un abcès de paroi .

Le malade quitte la clinique au 35e jour avec un périnée complètement cicatrisé .

Anatomie pathologique .- Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum . Deux ganglions sont envahis par des métastases .

Revu : un an après pour des douleurs périnéales en rapport avec une récurrence au niveau de l'anastomose .

Observation n° 33 .-

R.... Marie, 64 ans, vient consulter pour une constipation tenace et des hémorroïdes . Elle présente un cancer du rectum, implanté sur la face antérieure, à deux cm de la marge de l'anus, adhérent à la face postérieure du vagin .

Intervention le 1er Février 1960 au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle : amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Buchet)

Pas d'hystérectomie .

Intervention sans difficulté pour l'équipe supérieure . Peritonisation satisfaisante .

Anus iliaque gauche .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Intervention difficile en avant à cause de l'adhérence de la tumeur à la paroi postérieure du vagin que l'on ouvre et dont on dissèque un bon fragment .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain périnéal .

Intervention satisfaisante, très peu hémorragique . Etat de choc transitoire bien compensé par la perfusion de sang (2 flacons) .

Les suites opératoires sont simples .

L'anus fonctionne bien .

Durée de l'hospitalisation : 17 jours .

La malade quitte le service au 17e jour en bon état .

Durée de fermeture de la plaie périnéale :

La plaie périnéale est souple en bonne voie de cicatrisation.

Laboratoire :

Tumeur **ulcéro-végétante** développée à partir de la marge de l'anus .

Histologiquement : Epithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire atypique de l'anus (carcinome épidermoïde différencié non mature) .

Un des ganglions lymphatiques recueillis sur la pièce opératoire est envahi par des métastases .

Observation n° 34 .-

L.... Clodomir, 65 ans, présentant à l'examen un cancer de l'ampoule rectale, implanté sur sa face antérieure , à 6 cm de la marge de l'anus, très adhérent à la face postérieure de la vessie et à la prostate .

Le 11 mars 1960, Intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Adhérence de la tumeur à la vessie et au péritoine rétro-vésical .

Repérage des uretères .

Décollement postérieur facile, mais grosse difficulté latéralement et en avant où la tumeur tient solidement à la vessie .

Le travail des deux équipes facilite considérablement le décollement .

Péritonisation . Anus gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Billard)

En avant, très grosses difficultés à cause de l'envahissement de la tumeur au plan vésico-prostatique .

Blessure de la prostate et de la face postérieure du bulbe, sans ouverture du canal muqueux . Hémostase satisfaisante .

Rapprochement des releveurs au catgut .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain .

Intervention difficile pour les deux équipes ou l'envahissement de la face postérieure de la vessie et de la prostate a provoqué une blessure accidentelle de la prostate et de la face postérieure du bulbe caverneux .

L'hémostase est satisfaisante . Pas d'hémorragie importante . Léger état de choc .

Les suites opératoires sont normales .

L'anus fonctionne normalement .

Le malade quitte la clinique au 31e jour de son intervention en bon état .

La plaie périnéale est propre, souple et presque entièrement cicatrisée .

Anatomie pathologique ; Tumeur ulcéro-infiltrante à 6 cm de la marge de l'anus .

Histologiquement : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Dix des douze ganglions recueillis sont envahis par des métastases .

Revu, le 13 Aout 1960, 5 mois après l'intervention :

- bon état général : a repris 10 Kg .
- bon fonctionnement de l'anus une fois par jour en suivant un régime .
- Localement, plaie périnéale bien cicatrisée et souple .

Revu, en Decembre 1961, 18 mois après son intervention :

- souffre de douleur sciatique,
- métastases péritonéales à la palpation,
- mauvais état général .

Observation n° 35 .-

CH.... Fernande, 51 ans, très grasse, ayant eu quelques mois auparavant une hystérectomie sub-totale pour fibrome utérin .

A l'examen, on découvre un cancer du rectum siégeant sur la face antérieure de l'ampoule rectale, à 6 cm de la marge de l'anus .

Le 8 Avril 1960, intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours) : amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Décollement laborieux de la tumeur avec l'aide de l'équipe inférieure dans un ventre profond aux parois épaisses .

Péritonisation satisfaisante .

Anus gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Dégagement difficile des faces latérales du rectum .

En avant ouverture accidentelle de la face postérieure du vagin .

Rapprochement des tissus profonds au catgut .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain .

Intervention difficile chez une malade grasse dans un ventre profond aux parois épaisses, qui serait très difficile à réaliser sans le secours des deux équipes . Hémorragie minime . Hémostase satisfaisante . Léger état de choc per-opératoire .

Les suites opératoires sont normales .

L'anus fonctionne bien dès le 3e jour .

La malade quitte la clinique au 48e jour en bon état local et général .

Sa plaie périnéale est propre, et presque complètement cicatrisée .

Anatomie pathologique :

Tumeur ulcéro-infiltrante à 5,5 cm de la marge de l'anus .

Histologie : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum . Sept des huit ganglions prélevés sont envahis par des métastases .

Revue, le 13 Aout 1960, soit 4 mois après son opération :

- bon état général, mais selles trop fréquentes nécessitant un régime constipant .

- localement, la plaie périnéale suppure un peu et on pratique un curettage de la fistule .

Aucun signe de récédive .

Se plaint de prurit vulvaire .

Observation n°36 .-

B.... Joseph, 55 ans, présentant un cancer du rectum évoluant depuis trois ans environ , dont le pôle inférieur est à 7 cm de la marge de l'anus .

L'état général et cardiaque du malade **est** très précaire (hypertrophie ventriculaire gauche plus coronarite) .

Le 24 Mai 1960, intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours) Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Lésions très étendues en hauteur et très adhérentes ; véritablement c'est un très mauvais cas .

Dissection très difficile à cause de l'adhérence et de l'infiltration des méso . Grâce à la collaboration des deux équipes, on arrive à libérer la pièce .

Péritonisation précaire à cause du cartonnage péritonéal .

Anus gauche définitif .

Fermeture sans drainage .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Fermeture en bourse de l'anus et incision .

Pas de résection coccygienne .

La tumeur est collée, fixe dans le petit bassin et **la dissection** se fait pratiquement au doigt .

Hémostase difficile car les pinces ne tiennent pas dans ce tissu induré .

Après coagulation, on est obligé de laisser une mèche, du spongél et de la trombase .

Fermeture partielle au catgut .

Drainage : en plus de la mèche on met un gros drain .

En conclusion, tumeur fixée dans le petit bassin, adhérente aux organes voisins, dont l'ablation très laborieuse, n'a été possible que grâce à la collaboration des deux équipes travaillant simultanément. Léger état de choc (4 flacons de sang) .

Les suites opératoires sont très difficiles .

Ce malade présente un état de dénutrition important avec hypoprotéinémie .

Au 15^e jour, désunion importante de la plaie abdominale avec apparition d'escarres sacrées malgré tous les soins généraux et infirmiers .

L'état général s'aggrave de plus en plus et le malade meurt au 3^e jour de l'intervention .

Anatomie pathologique : Tumeur ulcéro-végétante siégeant à 7 cm,5 de la marge de l'anus .

Histologiquement : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum (adéno-carcinome lieberkhuinien) .

Des lésions de diverticulose sigmoïde sont visibles à la partie supérieure de la pièce .

Les cinq ganglions lymphatiques recueillis ne contiennent pas de métastases .

Observation n° 37 .-

F.... Louis, 64 ans, porteur d'un cancer du rectum, implanté sur la paroi droite de l'ampoule rectale, très haut situé, à 10 cm de la marge de l'anus .

Le 22 Juillet 1960 : Intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours). Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Après la ligature de la mésentérique supérieure, dissection relativement facile de la tumeur par l'équipe supérieure .

Péritonisation satisfaisante .

Anus gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Ligature facile des pédicules hémorroïdaux moyens .

Dégagement facile des plans prostatique et vésical .

Drainage : une lame de Pauchet et un gros drain .

L'intervention chez ce malade s'est déroulée de façon typique, sans hémorragie importante, avec une hémostase satisfaisante .

Les suites opératoires sont normales :

Le malade quitte la clinique au 26e jour de son intervention en bon état général .

La plaie périnéale est propre, souple en bonne voie de cicatrisation, mais elle n'est pas complètement fermée .

Anatomie pathologique :

Tumeur ulcéro-infiltrante à 10 cm de la marge de l'anus .

Histologiquement : Epithélioma cylindrique typique, tubulopapillaire du rectum (adéno-carcinome lieberkhunien) .

Aucun des 11 ganglions lymphatiques augmentés de volume, recueillis, ne contient de métastases .

Revu, 6 mois après :

- va très bien, a repris du poids .
- localement la plaie périnéale est complètement fermée, souple indolore .
- aucun signe de récurrence .

Observation n° 38 .-

L.... Jeanne, entre dans le service le 14 Décembre 1959 pour métrorragies révélatrices d'un néo du col utérin .

Radéumthérapie suivie de radiothérapie .

Mars 1960, apparition d'une rectite glaireuse et rectorragies avec ulcération de la face antérieure du rectum à la rectoscopie .

Le 4 Aout 1960, intervention au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle, sur le diagnostic de néo du col utérin propagé au rectum . Brunschwig partiel à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Décollement de l'angle gauche sur 10 cm environ .

Intervention difficile et assez hémorragique .

Anus iliaque gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Buchet)

Intervention facile en arrière, mais on est gêné dans la dissection à droite où il existe une infiltration .

On tente de passer au large et dans le décollement, on pince l'uretère droit après l'avoir reconnu, on lâche la prise et on vérifie son intégrité, mais l'écrasement laisse prévoir une nécrose secondaire possible .

Colpectomie totale .

Reconstitution du périnée .

Drainage : une mèche, un drain et une sonde vésicale .

Intervention difficile et assez hémorragique marquée par la blessure de l'uretère droit avec léger choc per-opératoire (4 flacons de sang) .

Les suites opératoires sont difficiles .

Troubles urinaires importants au 10^e jour, avec fistule vésico-vaginale ayant nécessité un mois après une cystostomie qu'on a dû transformer, après l'échec de la suppression de celle-ci en cystostomie définitive .

Mais l'anus gauche a toujours très bien fonctionné .

Elle quitte le service 7 mois après son intervention en bon état général .

La plaie périnéale était complètement cicatrisée .

Mais la malade était porteuse de deux infirmités : un anus gauche et une cystotomie définitive .

Histologiquement : Néo du col utérin avec propagation au rectum . Ulcération avec nécrose et infiltration inflammatoire subchronique .

Malade revue à plusieurs reprises .

L'anus a toujours bien fonctionné .

La malade était en bon état, a même repris du poids .

Mais récurrence vésicale objectivée par la cystoscopie et peut être pelvienne ayant entraîné une anurie mortelle, soit 20 mois après son intervention .

Observation n° 39 .-

L... Albert, 57 ans, présentant un cancer du rectum, masse bourgeonnante, implantée sur la face postérieure de l'ampoule rectale à 4 cm de la marge de l'anus .

Le 30 Septembre 1960 : Intervention à la Clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Intervention sans difficulté pour l'équipe supérieure, en avant en arrière et latéralement . Péritonisation satisfaisante .

Anus gauche définitif .

Fermeture sans drainage .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Intervention facile pour l'équipe inférieure .

Ablation de la pièce .

Hémostase satisfaisante .

Rapprochement des releveurs au catgut .

Antibiotiques locaux .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain .

- 157 -

Intervention typique, sans difficulté et très peu hémorragique non choquante .

Les suites opératoires sont simples .

Le malade quitte la clinique en bon état au 20e jour .

Sa plaie périnéale est propre, souple, en bonne voie de cicatrisation complète .

Anatomie pathologique :

Tumeur ulcéro-infiltrante siégeant à 4 cm de la marge de l'anus .

Histologiquement : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum (adéno-carcinome lieberkhunien) .

Trois des six ganglions lymphatiques prélevés sur la pièce sont envahis par des métastases .

Revu 10 mois après :

Malade en bon état général, a repris plusieurs kilogrammes .

L'anus fonctionne bien une fois par jour avec un régime approprié .

Pas de troubles urinaires .

Localement, la plaie périnéale est souple et indolore et complètement cicatrisée .

Aucun signe de récidence .

Observation n° 40 .-

CH... Irène, 59 ans, consulte pour des rectorragies . A l'examen cancer du rectum mis en évidence par la rectoscopie, implanté sur la face antérieure, à 10 cm de la marge de l'anus .

Intervention le 25 Octobre 1960 au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Néo assez étendu en hauteur . Pas d'hystérectomie .

Intervention facile pour l'équipe supérieure .

Anus iliaque gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Intervention sans difficulté pour l'équipe inférieure .

Drainage par une lame de Pauchet et un drain périnéal .

Intervention satisfaisante et très peu hémorragique, sans aucun choc .

Les suites opératoires sont excellentes .

L'anus fonctionne bien dès le 4e jour .

Durée de l'hospitalisation : la malade rentre chez elle en bon état au 28e jour .

Evolution de la plaie périnéale : la plaie périnéale est propre souple, mais elle n'est pas complètement cicatrisée .

Laboratoire :

Résection de 45 cm .

Tumeur ulcéro-végétante de 4,5 cm de diamètre, à 10 cm de la marge de l'anus .

Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Trois des quatre ganglions recueillis sont envahis .

Observation n° 41 .-

C.... Robert, 72 ans, entre dans le service pour rectorragies . A l'examen, néo du rectum, implanté sur la face antérieure et les faces latérales de l'ampoule rectale , à 4 cm de la marge de l'anus, relativement mobile en avant .

Mauvais état général (bloc de branche droit) .

Le 24 Janvier 1961, intervention au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Nombreux ganglions dans le méso-sigmoïde .

Intervention sans difficulté pour l'équipe supérieure .

Anus iliaque gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Intervention difficile en avant à cause de l'adhérence de la tumeur au plan rétro-vésical .

Nombreux ganglions sur la chaîne de l'hémorroïdale moyenne .

Hémostase satisfaisante .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain périnéal .

En fin d'intervention, hémorragie périnéale, nécessitant la mise en place d'une mèche .

Les suites opératoires sont normales .

L'anus fonctionne bien à partir du 4e jour .

Il quitte le service en bon état au 74e jour (malade SDF) . La plaie périnéale est complètement cicatrisée .

Laboratoire :

A 4 cm de l'anus, tumeur ulcéro-végétante ; à 30 cm petit polype pédiculé, à 2 cm du polype, important diverticule de 1,5 cm de diamètre

Histologie : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum (adéno-carcinome lieberkhunien) .

Deux des cinq ganglions lymphatiques recueillis sont envahis par des métastases .

Revu le 13 Octobre 1961, soit 10 mois après pour un prolapsus de la muqueuse au niveau de l'anus .

Malade en bon état .

L'anus fonctionne bien une fois par jour .

La plaie périnéale est souple, bien cicatrisée .

Observation n° 42 .--

H... Germaine, 60 ans, entre dans le service pour diarrhée glaireuse et rectorragies . A l'examen, cancer du rectum , implanté sur la face antérieure de l'ampoule rectale, à 3 cm de la marge de l'anus, infiltrant la cloison recto-vaginale .

Le 10 Mars 1961, intervention au C.H.R. de Tours, service du Professeur Vialle . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Intervention difficile pour l'équipe supérieure surtout à gauche où l'hémostase de l'hémorroidale moyenne s'avère délicate . Péritonisation satisfaisante .

Anus gauche définitif .

Conservation de l'utérus .

Equipe inférieure (Dr Buchet)

Ligature difficile au niveau de l'hémorroidale moyenne gauche facilitée par l'équipe supérieure .

Fermeture sur drainage : une lame de Pauchet et un drain périnéal .

Intervention satisfaisante, sans aucun choc .

Les suites opératoires sont satisfaisantes .

La malade quitte le service en bon état au 45e jour . Sa plaie périnéale n'est pas complètement cicatrisée, mais elle est propre, souple . Elle s'est complètement refermée au bout de deux mois .

Anatomie pathologique: Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Aucun des six ganglions lymphatiques recueillis ne contient de métastases .

Revue, un an après : Etat général satisfaisant, a repris du poids .

Bon fonctionnement de l'anus, une fois par jour .

Plaie périnéale bien cicatrisée, souple .

Aucun signe de récurrence .

Observation n° 43 .--

B... Armand, 59 ans, présentant un cancer de la face antérieure de l'ampoule rectale, à 5 cm de la marge de l'anus, semblant adhérer à la prostate .

Le 15 Juillet 1961, intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Intervention facile pour l'équipe supérieure, sauf en avant où la

tumeur adhère à la face postérieure de la vessie et à la prostate .

Bonne hémostase .

Péritonisation satisfaisante .

Anus gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Héronce)

Ligature des hémorroidales moyennes avec l'équipe supérieure et ablation de la pièce sans difficultés .

Hémostase correcte .

Fermeture de la plaie périnéale au nylon sur drainage : 4 drains de Redon .

L'intervention s'est déroulée de façon typique, sans difficulté majeure : hémostase correcte, hémorragie facilement contrôlable, peu importante . Aucun signe de choc .

Les suites opératoires sont normales .

Le malade quitte la clinique au 33^e jour en bon état .

La plaie périnéale est en bonne voie de cicatrisation .

Anatomie pathologique :

Epithélioma cylindrique tubuliforme typique du rectum .

Quatre des six ganglions lymphatiques recueillis, sont envahis par des métastases .

Observation n° 44 .-

S... Fina, 69 ans, présentant à l'examen un cancer de l'ampoule rectale, implanté sur la paroi droite, juste au-dessus du sphincter, à 3 cm de la jonction ano-rectale .

Le 31 Juillet 1961, intervention à la clinique Saint-Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Pas d'hystérectomie .

Décollement postérieur et latéral aidé par l'équipe inférieure

Ligature de l'hémorroidale moyenne .

Décollement antérieur plus difficile .

Péritonisation satisfaisante .

Anus gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Héronce)

Ligature des pédicules hémorroidaux inférieurs et surtout moyens avec l'équipe supérieure .

Ablation de la pièce et hémostase (hémorragie peu importante).

Drainage par 4 drains de Redon dans la cavité sacrée .

Fermeture de la plaie périnéale .

Intervention un peu difficile mais qui s'est déroulée sans hémorragie importante , Sans aucun choc .

Les suites opératoires sont normales .

Ablation des fils au 12e jour .

La malade quitte la clinique en bon état au 56e jour .

Sa plaie périnéale n'est pas complètement cicatrisée, mais elle est en très bonne voie .

Anatomie pathologique :

A 3 cm de la jonction ano-rectale, tumeur ulcéro-infiltrante .

Histologie : Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Sur les deux ganglions augmentés de volume, un seul était envahi par des métastases .

Revue le 2 Février 1962, soit 7 mois après :

- Etat général très amélioré,
- Se plaint de troubles circulatoires, douleurs, crampes dans les jambes,
- Bon fonctionnement de l'anوس,
- Cicatrice périnéale parfaite,
- Cependant à l'union du périnée et du vagin, légère induration au niveau de la fourchette postérieure à vérifier .

Observation n° 45 .-

C..... Camille, 52 ans, entre dans le service pour rectorragies survenant après les selles . A l'examen, cancer du rectum, implanté sur la face antérieure de l'ampoule rectale, à 3 cm de la marge de l'anوس .

Le 22 Septembre 1961, intervention au C.H.R. de Tours service du Professeur Vielle. Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Clivage facile en avant et en arrière .

Recoupe intestinale en raison d'une vascularisation douteuse .

Bonne péritonisation .

Anus iliaque gauche .

Equipe inférieure (Dr Buchet)

Opération sans difficulté pour l'équipe inférieure .

Hémostase facile .

Rapprochement des releveurs au catgut chromé .

Fermeture complète du périnée .

Drainage par 4 drains aspiratifs de Redon .

Intervention satisfaisante, peu hémorragique, sans aucun choc .

Les suites opératoires :

Au 6e jour de l'intervention, péritonite par sphacèle de l'anوس

iliaque gauche au niveau de sa fixation pariétale .

Réintervention par l'ancienne cicatrice médiane .

Liquide d'aspect intestinal dans le ventre .

Anses grêles dilatées et une des anses est accolée à l'orifice de l'anus iliaque .

Découverte de l'extrémité colique libre dans la cavité abdominale qui est sphacélée sur 2 cm environ .

On fabrique un anus gauche au-dessus du précédent .

Le malade est très fatigué et a mal supporté la réintervention .

Décès le soir même de la réintervention, au 6e jour de l'amputation .

Anatomie pathologique :

Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Les trois ganglions lymphatiques recueillis ne contiennent pas de métastases .

Observation n° 46 .-

B... Henri, âgé de 67 ans, porteur d'un volumineux cancer du rectum très haut situé, à 12 cm de la marge de l'anus, ayant une nette tendance à la sténose, avec un défilé très déchiqueté à la radio, chez un homme en mauvais état général, porteur également d'une insuffisance ventriculaire gauche .

Le 1er décembre 1961, intervention à la clinique Saint-Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes.

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Repérage des uretères et ligature de la sigmoïdienne supérieure .

Décollement postérieur et jonction avec l'équipe périnéale .
Décollement antérieur également facile .

Paritonisation avec un péritoine cartonné avec oedème sous-péritonéal .

Anus gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Dissection facile en arrière, difficile en avant où le bulbe de l'urètre et la prostate adhèrent à la face antérieure du rectum.

Fermeture complète du périnée .

Drainage : 4 drains aspiratifs de Redon dans la cavité présacrée .

Intervention difficile chez un malade porteur d'un cancer évolué avec oedème sous-péritonéal important . Léger état de choc au cours de l'intervention (2 flacons de sang) .

Les suites opératoires sont les suivantes:

Réintervention pour occlusion .

Laparotomie médiane . On trouve du liquide réactionnel dans le ventre .

On trouve également à gauche, contre la péritonisation défectueuse, un accolement d'une des dernières anses grêles coudées qui nettement est une cause d'étranglement . Libération et vérification de l'ensemble du grêle

Les suites de cette réintervention sont satisfaisantes .

Le transit se rétablit mais le malade fait 15 jours après une désunion pariétale importante (éventration) ainsi qu'une fistule du grêle le long de l'incision médiane **désunie** .

Le 26 Février 1962, soit 2 mois après l'amputation ;

Réintervention pour fistule du Grêle .

Incision latérale droite .

Après repérages des orifices du grêle par des drains, on décolle progressivement la paroi qui montre deux anses en U accolées dans la paroi et fustilisées .

Résection importante sur chaque anse . Ligature des méso et suture termino-terminale .

Fermeture sans drainage .

L'incision médiane est désunie avec perte de substance . Une greffe est envisagée ultérieurement .

Le 21 avril 1962, réintervention : greffe de peau sur la perte de substance abdominale .

Le malade a très bien supporté ces différentes **interventions** .

L'état général s'améliore et l'anus fonctionne bien .

Il quitte la clinique en bon état local et général au 5e mois . Sa plaie périnéale est souple, propre, presque entièrement cicatrisée

Anatomie pathologique :

Tumeur ulcéro-végétante à 12 cm de la jonction ano-rectale .

Histologiquement, épithélioma cylindrique typique tubuliforme, du rectum, devant assez souvent atypique muqueux "colloïde" .

Les cinq ganglions recueillis sur la pièce opératoire ne contiennent pas de métastases .

Observation n° 47 .-

B..... Jacques, 46 ans, présentant à l'examen un cancer du canal anal, siégeant sur la paroi antérieure, à 2 cm de la marge de l'anus relativement mobile sur le plan antérieur .

Le 4 Décembre 1961, intervention à la clinique Saint-Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Décollement facile du rectum en arrière, en avant et latéralement.

Péritonisation satisfaisante .

Anus iliaque gauche définitif .

Equipe inférieure (Pr Vialle)

Décollement postérieur et latéral et ligature facile de l'hémorroïdale moyenne .

Décollement rétro-prostatique assez aisé .

Hémostase soigneuse .

Drainage : 4 drains de Redon .

Fermeture complète du périnée .

L'intervention s'est déroulée de façon typique, sans aucun incident, sans hémorragie importante . Le contrôle de l'hémostase a été parfait .

Signes de choc au moment de l'ablation de la pièce .

Suites opératoires .

A partir du 4e jour ascension thermique progressive non expliquée par l'état général et nécessitant au 8e jour, malgré le fonctionnement des drains de Redon, une réouverture de la plaie périnéale .

On évacue du sang épanché dans la concavité sacrée . Mise en place d'un drain .

Le malade quitte la clinique en bon état, apyrétique au 24e jour.

Sa plaie périnéale est propre, souple, mais elle n'est pas fermée et il reste encore quelques pansements à faire .

Anatomie pathologique :

Epithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire à évolution para-kératosique (carcinome épidermoïde différencié mature .

Les trois ganglions lymphatiques au voisinage de la tumeur, sont envahis par des métastases .

Revu, le 26 Mars 1962, soit 3 mois après l'intervention :

Bon état général, a repris du poids ,

Quelques troubles urinaires (incontinence)

Très bon fonctionnement de l'anus,

Bon appétit, s'alimente bien,

Localement, petit pertuis de la région périnéale ayant nécessité un grattage à la curette .

Observation n° 48 .-

B... Simone, 56 ans, ayant eu en avril 1961 un anus gauche très haut situé pour un cancer infecté du sigmoïde avec abcès péricoliques.

On réintervient pour tenter l'ablation de la tumeur et éventuellement le rétablissement de la continuité mais devant l'importance des lésions, on décide de pratiquer une amputation .

Le 18 Décembre 1961, intervention à la clinique Saint-Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Dr Billard)

Décollement facile du rectum en arrière, en avant et latéralement.

Péritonisation satisfaisante .

Anus iliaque gauche définitif .

Equipe inférieure (Pr Vialle)

Décollement postérieur et latéral et ligature facile de l'hémor-
roïdale moyenne .

Décollement rétro-prostatique assez aisé .

Hémostase soigneuse .

Drainage : 4 drains de Redon .

Fermeture complète du périnée .

L'intervention s'est déroulée de façon typique, sans aucun
incident, sans hémorragie importante . Le contrôle de l'hémostase a
été parfait .

Signes de choc au moment de l'ablation de la pièce .

Suites opératoires .

A partir du 4e jour ascension thermique progressive non expliquée
par l'état général et nécessitant au 8e jour, malgré le fonctionnement
des drains de Redon, une réouverture de la plaie périnéale .

On évacue du sang épanché dans la concavité sacrée . Mise en
place d'un drain .

Le malade quitte la clinique en bon état, apyrétique au 24e jour.

Sa plaie périnéale est propre, souple, mais elle n'est pas fermée
et il reste encore quelques pansements à faire .

Anatomie pathologique :

Epithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire à évolution
para-kératosique (carcinome épidermoïde différencié mature .

Les trois ganglions lymphatiques au voisinage de la tumeur, sont
envahis par des métastases .

Revu, le 26 Mars 1962, soit 3 mois après l'intervention :

Bon état général, a repris du poids ,

Quelques troubles urinaires (incontinence)

Très bon fonctionnement de l'anus,

Bon appétit, s'alimente bien,

Localement, petit pertuis de la région périnéale ayant nécessité
un grattage à la curette .

Observation n° 48 .-

B... Simone, 56 ans, ayant eu en avril 1961 un anus gauche très
haut situé pour un cancer infecté du sigmoïde avec abcès péricoliques.

On réintervient pour tenter l'ablation de la tumeur et éventuelle-
ment le rétablissement de la continuité mais devant l'importance des
lésions, on décide de pratiquer une amputation .

Le 18 Décembre 1961, intervention à la clinique Saint-Grégoire
(Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Tumeur volumineuse envahissant tout le petit bassin avec oedème important sous-péritonéal envahissant les deux uretères, vraiment à la limite de l'extirpation . On prend des risques et on tente l'amputation qui ne pourrait être envisagée sans le secours de l'équipe périnéale .

Les difficultés sont considérables et après avoir repéré les deux uretères, les deux équipes travaillant simultanément, arrivent à libérer la tumeur .

L'hémostase est très difficile à contrôler en raison d'une dilatation veineuse importante de toute la région .

Péritonisation difficile dans une excavation pelvienne cartonnée, indurée et enflammée .

On conserve l'anus gauche qui avait été fait antérieurement .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Grosse difficulté pour l'équipe périnéale pour libérer la pièce .

Hémostase difficile à contrôler .

Drainage : une lame de Pauchet et un drain périnéal .

En fin d'intervention, la malade continue à saigner abondamment par la plaie périnéale . Sa tension ne remonte pas . On préfère désunir et tasser une longue mèche dans la cavité sacrée . Le suintement s'arrête et la tension remonte .

Suites opératoires .

Les suites opératoires ont été normales .

La malade quitte la clinique en bon état au 54^e jour .

La plaie périnéale est propre, souple, presque entièrement cicatrisée .

Anatomie pathologique :

Epithélioma cylindrique typique tubuliforme du rectum .

Les deux ganglions recueillis sur la pièce ne contiennent pas de métastases .

Revue, 3 mois après l'intervention :

- bon état général,
- aucun trouble urinaire,
- l'anus fonctionne normalement une fois par jour,
- la plaie périnéale n'est pas complètement cicatrisée, mais elle est souple, propre .

Observation n° 49 .-

B.... Ernest, 60 ans, présentant un cancer de l'ampoule rectale, à 5 cm de la marge de l'anus, chez un malade éthylique, amaigri, en mauvais état général .

Le 2 Février 1962, intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Décollement postérieur, aidé par l'équipe inférieure, latéral et antérieur avec le concours efficace de l'équipe périnéale .

Evidement correct . Peu d'hémorragie .

Péritonisation difficile .

Anus gauche définitif .

Equipe inférieure (Dr Billard)

Décollement rétro-rectal et antérieur sans grosse difficulté .

Décollement latéraux et ligature des ailerons moyens .

Fermeture complète du périnée après drainage par 4 drains aspiratifs de Redon .

Suites opératoires .

Les suites opératoires sont difficiles chez ce malade ayant un mauvais état général .

Ces suites opératoires sont longues, marquées par la lenteur de la cicatrisation et par une dénutrition avec hypoprotéinémie .

Il quitte la clinique au 42e jour ; sa plaie périnéale est propre, mais elle n'est pas cicatrisée .

Anatomie pathologique .

Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum .

Des formations tumorales détruisent les musculues et constituent des ilots dans le tissu adipeux péri-rectal où l'on trouve des ganglions métastatiques .

Observation n° 50 .-

V.... Ezilda, 68 ans, très grasse, paroi épaisse présentant un cancer du rectum très haut situé, à 8 cm de la marge de l'anūs; antécédents de tuberculose pulmonaire .

Le 4 Juin 1962, intervention à la clinique Saint Grégoire (Tours) . Amputation abdomino-périnéale à deux équipes .

Equipe supérieure (Pr Vialle)

Décollement postérieur facile et jonction avec l'équipe inférieure .

Décollements latéraux et ligature avec l'équipe du bas du pédicule hémorroïdal moyen .

Décollement antérieur sans difficulté .

Péritonisation minutieuse .

Anus gauche définitif sur un orifice préparé à l'avance .

Equipe inférieure (Dr Buchet)

Décollement postérieur et latéral . Ligature du pédicule hémorroïdal moyen en commun .

Décollement antérieur aisé, aidé par le passage en anse de panier de deux grosses mèches de l'abdomen au périnée qui tendues refoulent très facilement la vessie et l'utérus vers le haut (procédé de Lamy) ce qui donne un grand jour .

Drainage : quatre drains aspiratifs de Redon .

Intervention satisfaisante chez une malade forte, grasse ayant un très gros méso, porteuse d'une tumeur volumineuse . L'intervention a été très certainement facilitée par le travail simultané des deux équipes .

Légers signes de choc .

Les suites opératoires sont normales chez cette malade .

Au 19e jour de l'intervention, petit mouvement fébrile et rougeur de la région périnéale faisant penser à une rétention hémattique . On met en place une lame de Pauchet et un drain .

La malade quitte la clinique au 36e jour de l'intervention en bon état général et local .

La plaie périnéale est propre, souple et en très bonne voie de cicatrisation . Quelques pansements sont à faire .

Anatomie pathologique :

Tumeur ulcéro-infiltrante à 7 cm de la marge de l'anus .

Histologiquement, Epithélioma cylindrique typique, tubuliforme du rectum .

Les trois ganglions lymphatiques recueillis ne contiennent pas de métastases . L'un d'eux qui renferme des nodules géo-épithélioïdes contenant des bacilles acido-alcool-résistants est une adénite tuberculeuse évoluant au voisinage de la zone tumorale .

- B I B L I O G R A P H I E -

- AMELINE A., HUGUIER J., MOYSE P. et CHATAIN Y. .- La chirurgie à deux équipes dans le traitement des cancers pelviens .- 1 volume, ARNETTE Editeur, 1950 .
- AMELINE A., HUGUIER L. et MOYSE P. .- La chirurgie pelvienne à deux équipes .- in Notes de Techniques Chirurgicales de la Presse Médicale, 1 volume, Masson et Cie Editeurs, 1958 , 183-192 .
- BERNARD R. .- A propos de la chirurgie du rectum à deux équipes .- Mem. Acad. Chir., 3-10 Juil. 1957, 83, n° 21-22, 673-674 .
- COPPE J., COGNAUX P. et VIGONI M. .- Traitement chirurgical du cancer du rectum par opération synchronisée à deux équipes .- Acta Chir. Belg., Mai 1954, 53, n° 5, 484-503 .
- COUVELAIRE R., LOYGUE J. et CUKIER J. .- La miction avant et après la chirurgie d'exérèse rectale .- Mém. Acad. Chir., 28 Nov. 1962, 88, n° 30-31, 901-905 .
- d'ALLAINES F. .- Traitement chirurgical du cancer du rectum .- 1 volume, Editions Médicales Flammarion, 1946 .
- LAFARGUE P. .- Amputation du rectum . Un artifice en vue de la simplification des suites .- Presse Médicale, 23 Février 1963, 71, n° 9, 457 .
- MOUCHET A. .- A propos de 142 cas de cancer du rectum .- Mem. Acad. Chir., 3 Juil. 1957, 83, n° 21-22, 657-669 .
- VILLAR H., BIRBIS P. et MAUMY J. .- L'amputation abdomino-périnéale du rectum par le procédé synchrone à deux équipes (Réflexions au sujet de 18 observations) .- Bordeaux-Chirurgical, Juil. 1959, n° 3 109-118 .

- VILLAR J. .- L'amputation abdomino-périnéale du rectum par le procédé synchrone .- Bordeaux-Chirurgical, Janv. 1938, n° 1, 1-13 .
 - WELTI H. .- Chirurgie du colon .- 1 volume, Masson et Cie Editeurs, 1960 .
-

VU, le Président de Thèse,

Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB .

VU, le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris,

Professeur L. BINET .

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE .

